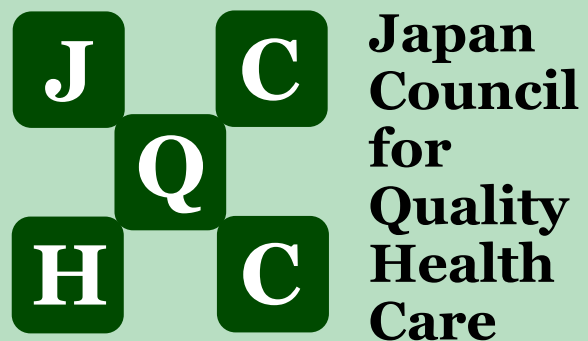


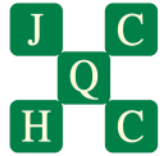
医療事故情報収集等事業の現況と課題



(公財)日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部
産科医療補償制度運営部
後 信



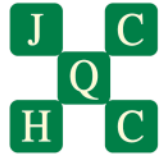
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care



内 容



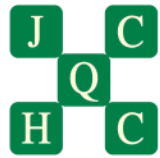
- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構について（ご紹介）
- ◆ 医療事故情報収集等事業について



内 容



- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構について（ご紹介）
- ◆ 医療事故情報収集等事業について



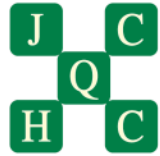
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

日本医療機能評価機構の目的



この法人は、**中立的・科学的な第三者機関**として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とする。

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



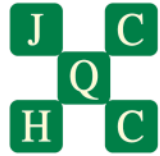
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

基本財産の主な出捐団体等



厚生労働省 日本医師会 日本病院会
全国自治体病院協議会 全日本病院協会
日本医療法人協会 日本精神科病院協会
日本歯科医師会 日本看護協会
日本薬剤師会 日本病院薬剤師会
健康保険組合連合会 国民健康保険中央会

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

日本医療機能評価機構の事業



病院機能評価に関する事業

- 1) 病院機能評価事業
- 2) 病院機能改善支援事業
- 3) 評価調査者（サーベイヤー）の養成事業
- 4) 医療機能評価に関する調査・研究開発事業
- 5) 認定病院患者安全推進事業
- 6) 医療機能評価に関する普及・啓発事業



産科医療補償制度運営事業

- 重度脳性麻痺児に対する補償、原因分析・再発防止と産科医療の質の向上

EBM医療情報事業

- 診療ガイドラインの評価・ホームページに掲載することによる情報提供



医療事故情報収集等事業

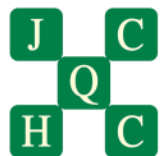
- 病院・診療書より医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して情報提供



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

- 薬局よりヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して情報提供

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

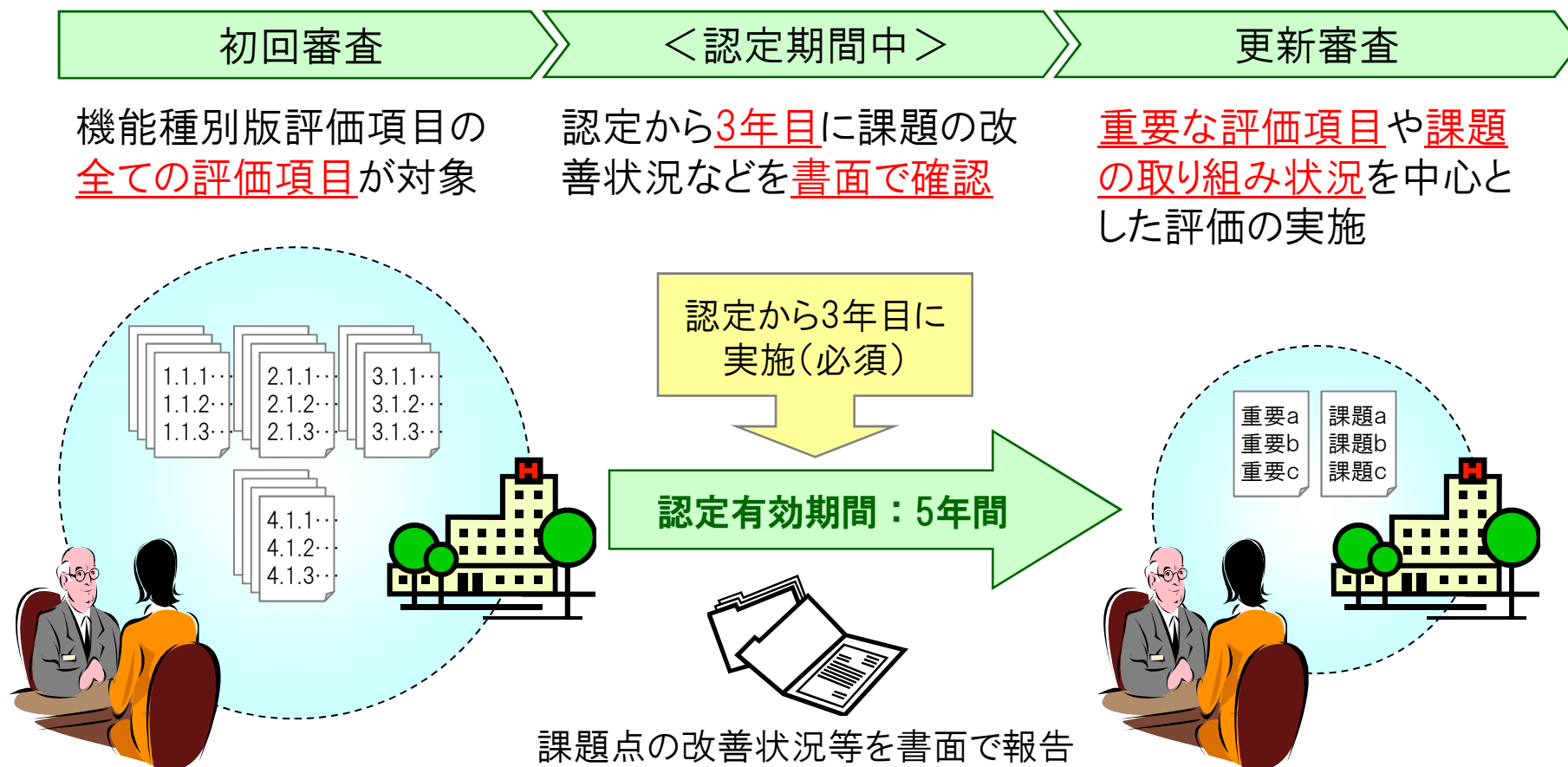


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

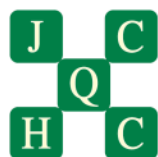


認定期間中の確認の導入と更新審査



※初回審査＝新規受審、または新たな枠組みでの最初の更新受審

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



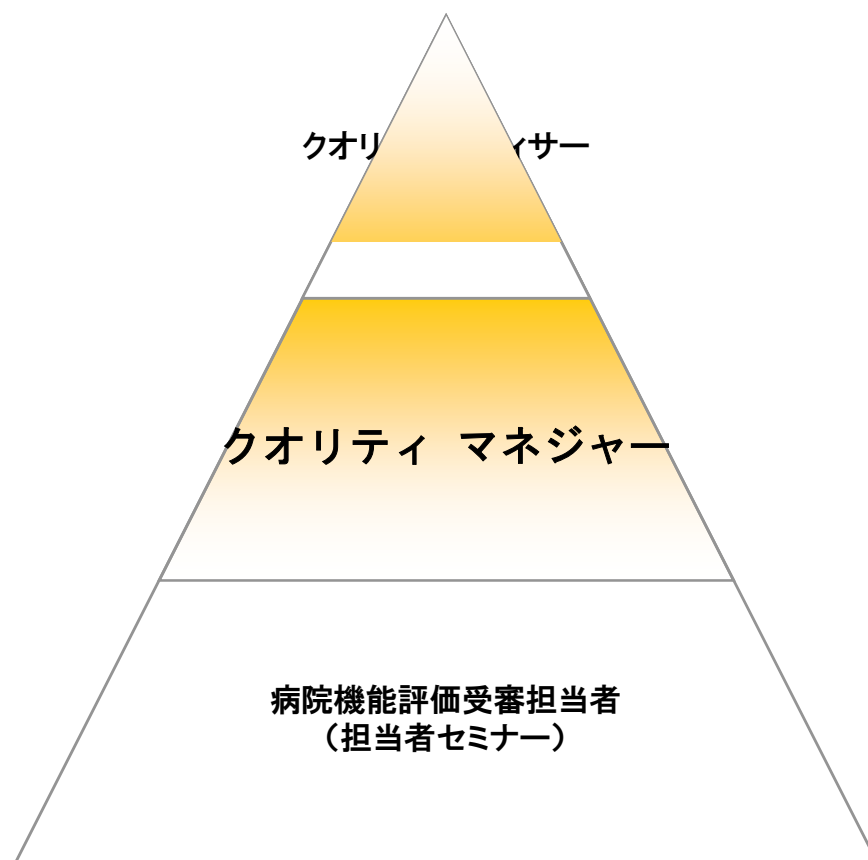
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

クオリティ マネジャーの養成



病院の自律的かつ継続的な質改善を支援するために、院内の質改善活動の中心となる「クオリティ マネジャー」を養成するセミナーを平成24年度から始めました。



臨床能力に優れ、教育・研究熱心であり、チーム医療のリーダーとして病院医療の質を高められる人材(想定 副院長クラス)

今後、担当者、クオリティ マネジャー養成の実績をふまえ、プログラムを構築する

病院内における医療の質管理の実務責任者(想定 診療部長、看護部長などの部門長クラス)

講習期間: 4日間(座学2日+GW2日+継続研修)

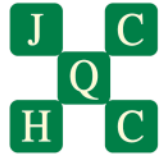
定員 : 70名/回 ※平成25年度170名養成予定

病院組織において、病院機能評価を受審するにあたり、担当者として任命された人材

年延べ150名を養成(職種:事務、役職:課長職が多い)

講習期間: 1日(1回約30名)

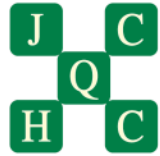
Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



内 容



- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構について（ご紹介）
- ◆ 医療事故情報収集等事業について



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故のとらえ方の変化

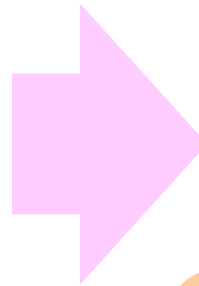


1990年代

医療事故はあっては
ならないこと



個々人の注意で防ぐ
ことができる

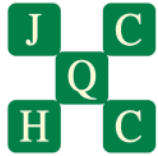


2000年代

医療事故は起こり
うること



チームや組織全体のあ
り方を改善しなければ、
事故は防止できない



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業の目的

医療機関から事故情報及びヒヤリ・ハット情報を収集し、さらに学会等からも幅広く事故防止に有用な情報を収集し、それらについて分析を加えた上で改善方策等を広く社会に提供し、また医療機関からの相談に応じて必要な助言・支援を行うことにより、**医療事故の発生予防・再発防止を促進することを目的とする。**



再発防止を志向する事業

情報は匿名化して取り扱う
懲罰的な取り扱いをしない

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

①任意参加

[illegible]

医療行為の目的
事故の内容
背景・要因
改善策



訪問調査
(任意)

J		C
	Q	
H		C

医療事故情報収集等事業

目 的
事故の発生予防・再発防止
(責任を追及しない)

分析班會議
(専門家・
X-CA)

事務局



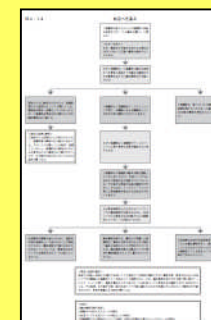
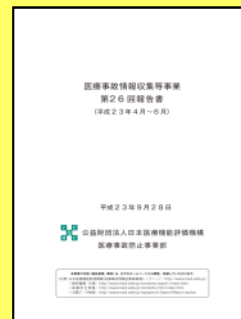
国民
医療機関
関係学会・
団体
行政機関
など

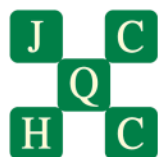
報告書
年報

医療安全
情報

事例 データベース

研修会 (RCA演習)





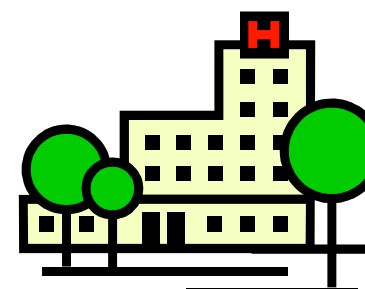
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

事業に参加している医療機関

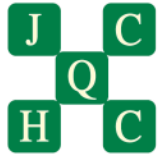


参加事業			ヒヤリ・ハット報告						合計	
			参加				不参加			
			発生件数&事例情報		発生件数のみ					
事故	義務	参加	125	445	80	273	68	235	273	953
	任意	参加	320		193		167		680	
	不参加		165		235				400	
合計			610		508		235		1,353 *	
			1,118							

①	事業参加医療機関	1,353
②	ヒヤリ・ハット参加医療機関	1,118
③	事故参加医療機関（義務）	273
④	事故参加医療機関（任意）	680
⑤	ヒヤリ・ハット&事故	718
⑥	事故のみ	235
⑦	ヒヤリ・ハットのみ	400

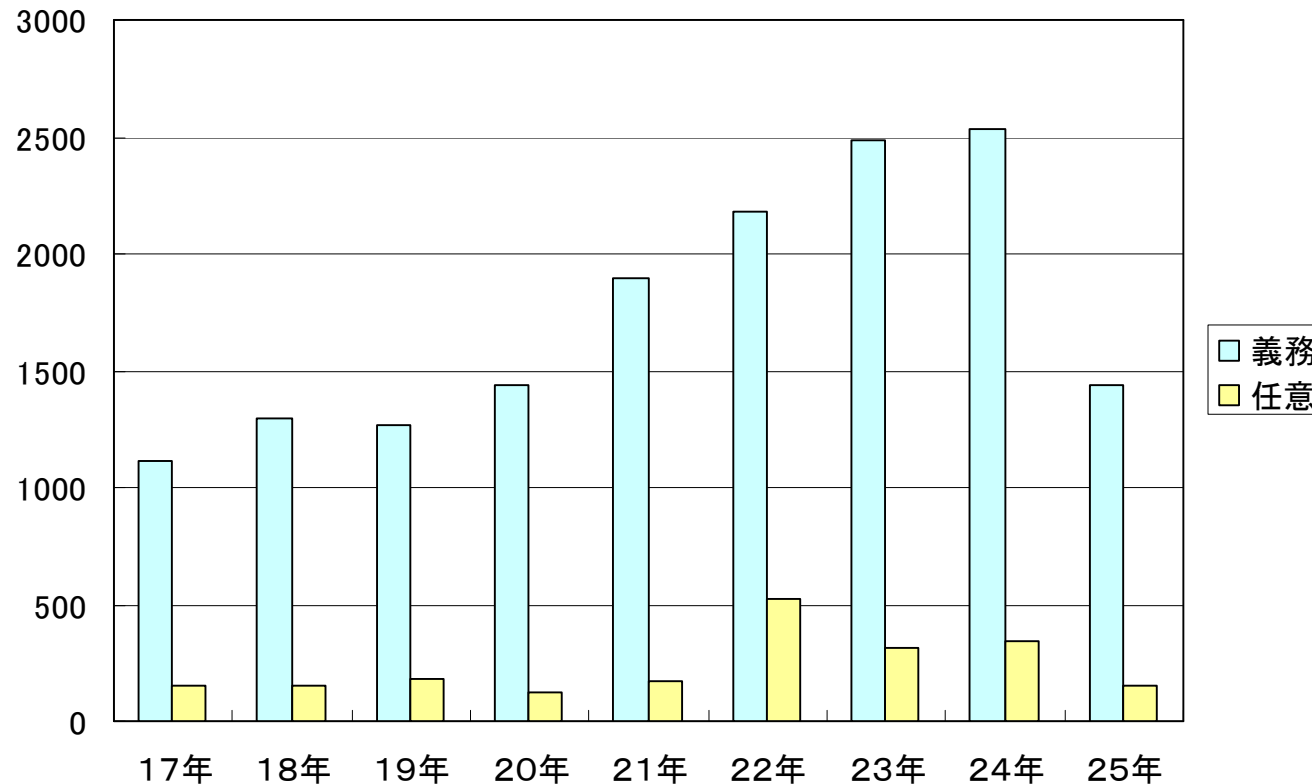


*2013年6月30日現在 診療所を含む



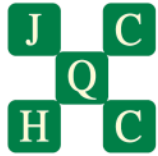
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故の報告件数



参加形態	年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年 (1~6月)
義務	件数	1114	1,296	1,266	1,440	1,895	2,182	2,483	2,535	1,441
	施設数	272	273	273	272	273	272	273	273	273
任意	件数	151	155	179	123	169	521	316	347	157
	施設数	283	300	285	272	427	578	609	653	680

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

報告書・年報の作成

医療事故情報収集等事業
第33回報告書
(平成25年1月～3月)

平成25年6月27日



公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

本事業の内容(報告書類、事例)は、以下のホームページから閲覧・検索していただけます。
(公財)日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業トップページ: <http://www.med-safe.jp/>
○報告書類・年報: <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>
○医療安全情報: <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
○公開データ検索: <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>

➤ 報告書35回、年報8回

➤ 構成

- ・事業概要
- ・集計分析
- ・テーマ分析
- ・再発・類似事例の発生状況



最近の主な掲載テーマ

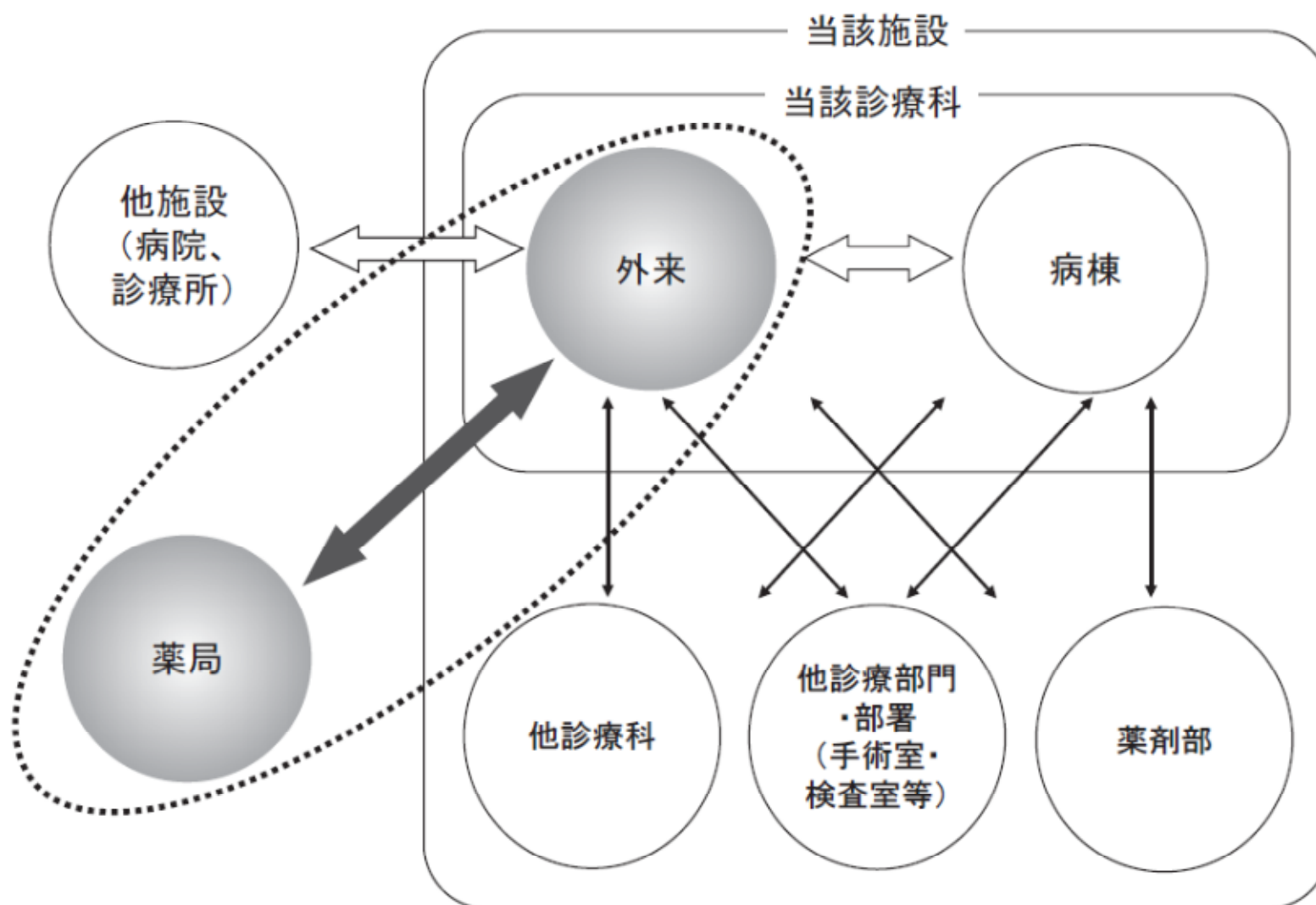
年	回数	延べテーマNo.	タイトル
2013年	第35回	147	血液浄化療法（血液透析、血液濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		146	医療機関と薬局の連携に関連した医療事故
	第34回	145	血液浄化療法（血液透析、血液濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		144	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		143	リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化に関連した事例」
		142	胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例
	第33回	141	血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		140	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		139	アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例
2012年	第32回	138	MR I 検査に関連した医療事故
		137	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		136	脳脊髄液ドレーン回路を一時的に閉鎖（クランプ）したが、適切に開放されなかった事例
		135	院内において加工し使用した医療材料や医療機器に関連した医療事故
	第31回	134	MR I 検査に関連した医療事故
		133	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		132	膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例
		131	採血時、他の患者の採血管を使用した事例
	第30回	130	MR I 検査に関連した医療事故
		129	自己管理薬に関連した医療事故
		128	患者持参薬が院内不採用であることに気付かず、薬剤の頭3文字検索で表示された他の薬剤を処方した事例
		127	組み立て方を誤った手動式肺人工蘇生器を使用した事例
	第29回	126	東日本大震災による影響を一因とした事例
		125	MR I 検査に関連した医療事故
		124	自己管理薬に関連した医療事故
		123	医薬品添付文書上【禁忌】の疾患や症状の患者へ薬剤を投与した事例
		122	臨床化学検査機器の設定間違いに関連した事例

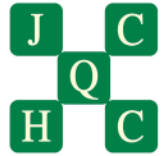


医療機関と薬局の連携に 関連した医療事故

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

医療機関と薬局の連携に関連した医療事故



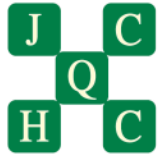


医療機関と薬局の連携に関連した医療事故



- ① 正しい処方せんが作成された事例
(薬局の調剤の過程でエラーが生じた事例)

- ② 誤った処方せんが作成された事例
(薬局から疑義照会がなされなかった事例)



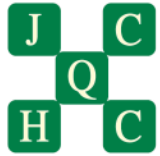
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

正しい処方せんが作成された事例



【内容】

- ・ 慢性心房細動の治療のため抗凝固療法中であった。
- ・ ワーファリン錠 1 m g 1 錠、ワーファリン錠 0. 5 m g 1. 5 錠 トータル 1. 7 5 m g を 3 5 日分外来で院外処方とした。
- ・ 約 1 カ月後、通常外来受診時、採血の結果 P T - I N R は「1 0 以上測定不能」であった。
- ・ 原因検索、内服薬コントロールのため緊急入院。

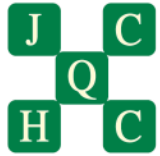


正しい処方せんが作成された事例



【内容（続き）】

- ・ 入院後、院外処方された薬剤を持参してもらったところ、ワーファリン 1 m g 2錠調剤されており、**トータル 2. 7 5 m g**調剤され内服していた。
- ・ **一包化**されていたため患者は気付けなかった。

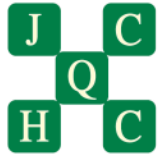


正しい処方せんが作成された事例



【背景・要因】

- 薬局の薬剤師は、1 m g錠「1錠」を、「2錠」と思い込んでいた。
- 8種類の薬剤を処方されており、朝、昼、夕と内服する薬剤が異なるため一包化としていた。
- 患者には、投薬された内服薬を、その都度確認して内服するという習慣がなかった。

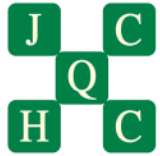


正しい処方せんが作成された事例



【改善策】

- ・ ワーファリンは**一包化せず**に、処方せんに「ワーファリンは一包化なし」と入力し、シート調剤とする。
- ・ **地域薬局への情報提供**を行い、錠数の確認、一包化の際は、バラ包装を使用せずPTPを使用することとした（市薬剤師会からの報告）。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

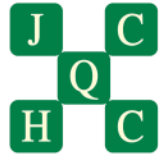
正しい処方せんが作成された事例



【改善策（続き）】

- ・ 会員薬局の調剤エラーの報告を一元管理するシステムは構築されていないが、内容・結果により防止策の指示や会員の研修、注意喚起を文書で行う。
- ・ 当院と市薬剤師会との連携については今後検討したい。

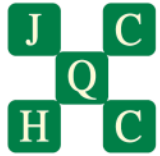
再発防止に向けて、医療機関と薬局との連携が検討されている。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

正しい処方せんが作成された事例



内容	件数
数量間違い	1
薬剤取り違い	2
規格・間違い	1
秤量間違い	2
その他	2
合計	8

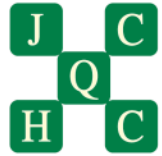


誤った処方せんが作成された事例



【内容】

- ・ 紹介状により、患者にノルバスク10mgを処方することとした。
- ・ 担当医がオーダーリング画面を開き「ノルバ」と入力したところ、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス」が表示された。
- ・ 10mgを処方しようとして、10と書かれていたノルバデックスを選択し処方した。
- ・ 薬局で3か月分調剤され、患者は内服した。
- ・ その後、患者が次回の処方のために他院を受診したところ、エラーが発覚した。



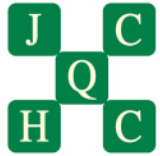
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤った処方せんが作成された事例



【背景・要因】

- オータリングシステムの不備。
- 処方を担当医が出力した後、内容を十分確認していない。
- 患者にわかりやすく処方内容や内服方法、副作用等を説明していない。
- 院外薬局でおかしいと思ったとのことであったが、病院側へ問い合わせしていない。
- 患者は処方された薬の説明書で、ノルバデックスについての説明を受けている（悪い細胞を増えすぎるのを抑える薬です）が、誤りに気づいていない。



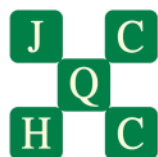
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤った処方せんが作成された事例



【改善策】

- ・ **オーダリングシステム**画面で、抗がん剤等に関して注意喚起できる**アラートの導入**を検討。
- ・ 画面において、全医薬品名を黒色で表示してるが、抗がん剤等ハイリスク薬品は**青表示**、麻薬に関しては**赤表示**する。
- ・ 関係職員全員に**名称類似薬品について注意喚起**する。
- ・ 患者説明（薬品名、用法、副作用等）の徹底。
- ・ レセプト上で、**病名と医薬品名とのチェック**を強化する。
- ・ **医師と薬剤師との連絡体制**の強化。



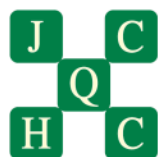
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤って処方された医薬品とハイリスク薬



内容	意図した処方	誤った処方	ハイリスク薬の組み合わせ
薬剤取り違い	サイトテック錠	エストラサイトカプセル	
	ノルバスク錠10mg	ノルバデックス錠10mg	● (ノルバデックスのみ)
	ワーファリン1.2mg	ワルファリンK細粒0.2% 1.2g	●
	ガスターD錠 10mg 2錠分2	ロイケリン散100mg/g 100mg分2	● (ロイケリン散のみ)
	チウラジール錠(50mg) 1日1錠	チラージンS錠1日1錠	
数量間違い	テグレート細粒0.09g	テグレート細粒0.9g	●
	コデインリン酸塩散10%(100mg/g) 60mg	コデインリン酸塩散10%(100mg/g) 0.6g	
	ボナロン錠35mg 1錠/日 1回 起床時 14日分 (ボナロン錠35mg 1錠/日 1日/週 起床時 14週分を意図)	ボナロン錠35mg 1錠/日 1日/週 2週間分	
	イスコチン200mg	イスコチン2g	
	ロイケリン散10mg (製剤量100mg)	ロイケリン散100mg	●
	ワーファリン0.6mg/日	ワーファリン錠6mg/日	●
	イソニアジド末 0.3g分1	イソニアジド末 3.0g分1	
	セレニカR顆粒 1.25g分2	セレニカR顆粒 400mg/g 1250mg分2 (バルプロ酸として1250mg=セレニカR顆粒3.125g)	●
	デバス錠(0.5mg) 1錠分1	デバス細粒1% 1g分1	●
規格・剤形間違い	ワーファリン錠(1mg) 2錠、ワーファリン錠(0.5mg) 1錠	ワーファリン錠(1mg) 2錠、ワーファリン錠(5mg) 1錠	●
	ワーファリン錠1mg 3錠分1	ワーファリン錠5mg 3錠分1	●

●ハイリスク薬



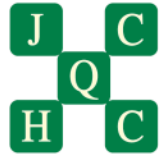
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤って処方された医薬品とハイリスク薬



内容	意図した処方	誤った処方	ハイリスク薬の組み合わせ
用法・ 用量間違い	リウマトレックスカプセル 8mg/週	リウマトレックスカプセル 8mg/日	●
	リウマトレックスカプセル週に1回3日分	リウマトレックスカプセル 連日投与	●
	リウマトレックスカプセル 2mg 分2 (朝、夕) 食後 2日分	リウマトレックスカプセル 2mg 分2 (朝、夕) 食後 7日分	●
	メソトレキセート錠を3日分 (週1日のみ内服を3週分)	メソトレキセート錠 (連日投与)	●
	メソトレキセート錠 4錠分2 (週1回)	メソトレキセート錠 4錠分2 (連日投与)	●
単位 間違い	リン酸コデイン散1% 60mg	リン酸コデイン散1% 60g	
	マイスタン細粒1% 2.5mg (0.25g)	マイスタン細粒1% 2.5g	●
	プレドニゾン27mg (分2) 7日間	プレドニゾン27g (分2) 7日間	●
禁忌薬剤 の処方	プロノン錠 (肝代謝)	タツビルジンカプセル (腎代謝)	●
	カロナール	カロナール (アセトアミノフェンに対するアレルギー)	
中止指示 間違い	Rp1のワーファリンとジゴキシンのうち、ジゴキシンを中止	両方中止した	●
休薬・ 中止薬の継続	ゼローダ14日間内服後、休薬	14日以降休薬せず	●
長期処方	フロモックス	1年7ヶ月間の長期投与	

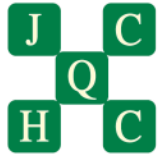
●ハイリスク薬

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤った処方せんが作成された事例 (疑義照会の有無)



疑義照会	件数
あり	3
なし	20
不明	6
合計	29

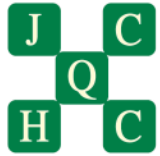


誤った処方せんが作成された事例



【内容】

- 医師Aはプレドニゾン27mg（分2）7日間を処方するところ、単位を「g」から「mg」に変更せず、27g（分2）7日間として処方した。
- 有効成分量としては、プレドニン27mg処方するところ、1%散であったため、27g＝有効成分270mg（通常量の10倍）となっていた。

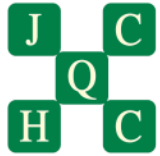


誤った処方せんが作成された事例



【内容（続き）】

- 調剤薬局から当院へ、**プレドニンの分量の確認の連絡**があり、外来看護師が対応した。
- 「**プレドニンの量の確認をおねがいします。**」という内容であったため、分量が正しいかどうかの問い合わせでなく、**FAXの処方せんが読みづら**
いので確認したいという意味だと思い、電子カルテを読み上げた。（以前に**別のケースにて読みづ**
らいという問い合わせがあったため同じように対
応された。）

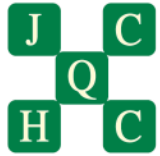


誤った処方せんが作成された事例



【内容（続き）】

- 薬局の薬剤師は、処方医の名前が女性で、電話で対応したのも女性であったので、**電話対応者を処方医と思いこみ、おかしいと思ったが、電話で読み上げられた通りに調剤した。**
- 患児は内服を開始したが、量が多く味も苦く、半分も飲めなかった。翌日、困った母親が、錠剤への変更を希望して外来に電話した。
- 同時に調剤薬局からも、薬剤部に対して、分量がおかしいのではないかと問い合わせがあった。

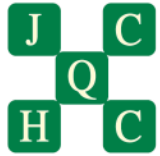


誤った処方せんが作成された事例



【内容（続き）】

- 医師Aが外勤のため、薬剤部は医師Bに問い合わせた。
- 医師Bがカルテを確認し、プレドニンの分量が多いので、母親に来院するよう伝えた。
- 来院時に、医師Bが正しい量を錠剤で処方し、翌日から通常量の内服となった。
- 医師Bより医師Aに連絡した。医師Aから母親に、患児に体調変化がないか確認したが異常は認めなかった。その後も有害事象を認めず経過した。

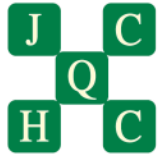


誤った処方せんが作成された事例



【背景・要因】

- プレドニゾン内服が初めてであったため、体表面積当たりの用量の計算を何回もしているうちに、「g」を「mg」に変更し忘れた。
- 処方内容の疑義照会は、処方医に確認することに、不在時は当直医など他の医師に確認することになっていた。



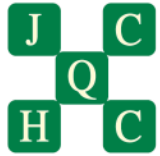
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤った処方せんが作成された事例



【改善策】

- 化学療法開始時に内服量を決める場合は、他の小児血液医師とダブルチェックを行う。
- ダブルチェックが困難な場合は、下書き保存して後日ダブルチェックする。
- 処方に関する事は、全て基本的に処方医が対応する。処方医が不在の場合は同じ科の医師が対応。
- 処方に関する事は、看護師は判断せず、返答もしない。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

誤った処方せんが作成された事例

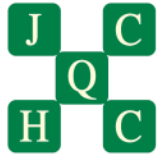


【内容】

- エルプラット※¹投与後、退院時にゼローダ※²錠3001回6錠 朝 昼 夕 14日分が処方された。
- 病棟薬剤師が休みのため看護師が退院薬について説明した。
- その際、ゼローダについては、14日間飲んだら終了、であることを念を押して伝えた。
- 退院後、患者は退院時に処方された「ゼローダ」を自宅で14日間飲み続けていた。

※1 オキサリプラチン（大腸がん治療薬）

※2 カペシタビン（大腸がん治療薬）

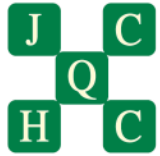


誤った処方せんが作成された事例



【内容（続き）】

- その後、患者は休薬期間を忘れ、薬が足りなくなると思い、予約外で外来受診し、追加処方を希望した。
- 主治医以外の医師が診察し「薬が不足している。」との患者の訴えにより、1週間分追加処方された。
- 患者は処方せんを持って薬局に行った。

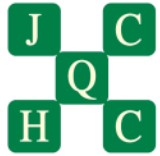


誤った処方せんが作成された事例



【内容（続き）】

- 患者がゼローダを内服してから18日目に、**主治医**
がカルテチェックをしていて**追加処方に気づき**、患者
に内服中止の電話をした。
- 患者はその3日後に外来受診したが、白血球（好中
球低下）、凝固系の延長、高ビリルビン血症、口内炎
やふらつきなどを認め、**緊急入院**となったが、その後
状態は安定した。

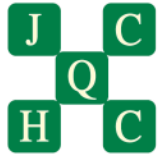


誤った処方せんが作成された事例



【背景・要因】

- 退院指導は病棟薬剤師が内服確認表を用いて行うが、今回は、病棟薬剤師が不在であったことから、代理の薬剤師に対応を依頼していたにもかかわらず、病棟看護師が説明した。
- 病棟看護師は、薬剤師が内服確認表を作成していることを知らなかった。
- 抗がん剤を追加処方した外科一般外来の医師は、プロトコールを確認せずにゼローダを追加処方した。ことができなかった。

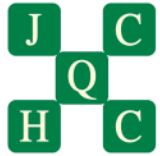


誤った処方せんが作成された事例



【背景・要因（続き）】

- **ゼローダ**の内服にはA法とB法があり、3週間続けて内服する方法もある。
- そこで、追加処方された際に薬局においては、処方内容の確認をすることは、**プロトコールとの照合が出来ないので難しい**。
- 主治医は前回の外来で、抗がん剤の服薬期間が記載された冊子を患者に渡し、**服薬期間を記録**するよう説明していたが、患者は記載が面倒になり、**途中でやめてしまった**。
- 患者が休薬することを忘れていたことに、医療者が気付くことができなかった。

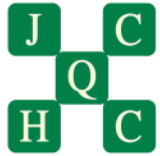


誤った処方せんが作成された事例



【改善策】

- **服薬指導**は、薬剤の写真入り服薬スケジュール表などを用いて**わかりやすく**する。
- できるだけ家族も一緒に指導する。
- 外来の問診票は、**受診目的**が詳細に記載できるものに変更。
- 看護師がどの医師に依頼するか判断ができるように問診票に主治医名を記載する。
- 外来での抗がん剤処方方は、原則**主治医**が化学療法を行っている**チーム**のスタッフが行う。

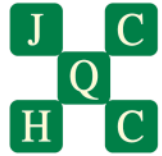


誤った処方せんが作成された事例



【改善策（続き）】

- 主治医、チーム以外の医師が抗がん剤の処方を依頼された場合は、必ず**主治医に確認**するか、カルテを戻して再度外来受診医の振り分けをしてもらう。
- 処方オーダー**時に、服薬期間等フリーコメントを簡単に入力できる**システム**を作る。
- 病棟薬剤師は、退院服薬指導時に**内服薬確認表**を使用して患者、家族に指導する。不在時は代理薬剤師または看護師に依頼する。

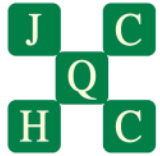


誤った処方せんが作成された事例



【改善策（続き）】

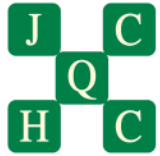
- 休薬期間の設けられている医薬品は、処方せんの薬品名の前に【休】を表示させ、調剤時、休薬期間を確認する。
- 調剤薬局では、抗がん剤は休薬期間をしっかりと確認するように薬剤部より指示した。
- 医師に対して、処方オーダー時に投与期間をコメント入力することを徹底した。



薬局との連携に関する改善策



- 疑義照会があったときは真摯に受け止め、処方内容を確認する。
- 地域薬局へ発生した事例の情報提供を行う。
- 市薬剤師会加盟薬局からの調剤過誤を一元管理するシステムは構築されていないが、内容・結果により防止策の指示や会員の研修、注意喚起を文書で行うことがある。
- 当院と市薬剤師会との連携について、今後検討。
- 院外薬局のシステムの確認。



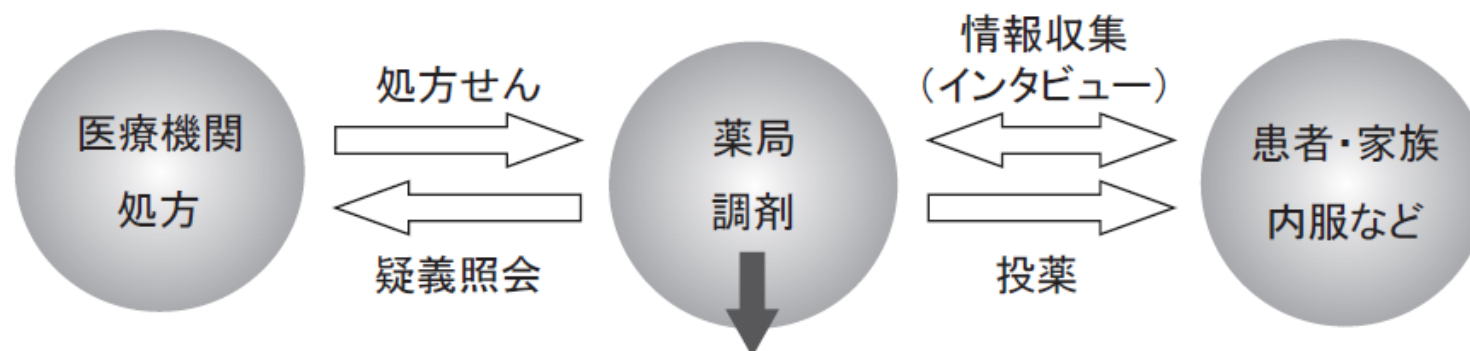
薬局との連携に関する改善策



調剤薬局からの「調剤過誤報告書」より

- 初めて取り寄せる薬は、**含有量**を確かめて発注し、調剤時には含有量の確認を徹底する。
- **用法ごとに調剤**する形式を**マニュアル化**し、スムーズに調剤できるようにする。
- 散剤の監査時に、処方せんより計算した**全量**を元に総量監査を行うことが望ましい。
- **患者と一緒に薬を確認**し、疑問があれば、最初から見直す。

薬局における調剤業務



①処方せん受付 (FAXが先行して送付されることあり)

②患者からの情報収集(インタビュー)など

③薬剤服用歴(薬歴)の確認、お薬手帳の確認 ➡ (必要時)疑義照会

④処方監査

⑤服用する医薬品の説明、情報提供(後発医薬品に関する内容を含む)

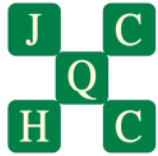
⑥調剤内容の確認

⑦調剤設計・調剤

⑧調剤した医薬品の説明

⑨医薬品の交付、使用方法の確認、お薬手帳の(シールの)交付

⑩会計



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

処方箋に記載される患者情報



様式（健康保険法に基づく保健医療療養担当規則）

ア）医療保険等に関する情報

公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号、保険者番号、被保険者証・被保険手帳の記号・番号

イ）患者の同定に関する情報

氏名、生年月日、区分（被保険・被扶養者）

ウ）保険医療機関に関する情報

保険医療機関の所在地及び名称、電話番号、保険医氏名

エ）処方せんに関する情報

交付年月日、処方せんの試用期間

オ）処方内容に関する情報

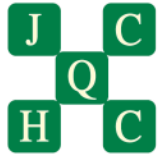
医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

カ）調剤に関する情報

調剤済年月日、保険薬局の所在地及び名称、保険薬剤師氏名

記載事項（医師法施行規則21条、歯科医師法施行規則20条）

患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間、病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所、処方医の記名押印又は署名

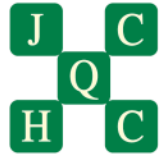


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

インタビューで得られる患者情報



アレルギー（医薬品、食品など）、副作用歴、既往歴、職業、生活の特性、積極的に摂取している食品や嗜好品、他の診療科の受診、併用薬剤（処方薬、一般用医薬品、民間薬など）、妊娠・授乳状況、患者特性（医薬品の知識、認識力など）など。

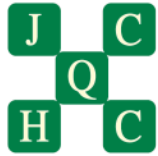


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

薬剤服用歴管理指導料算定上の薬剤 服用歴（薬歴）への記載事項



1. 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
2. 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
3. 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
4. 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録
5. 患者又はその家族等からの相談事項の要点
6. 服薬状況
7. 残薬の状況の確認
8. 患者の服薬中の体調の変化
9. 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報
10. 合併症を含む既往歴に関する情報
11. 他科受診の有無
12. 副作用が疑われる症状の有無
13. 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等
14. 後発医薬品の使用に関する患者の意向
15. 手帳による情報提供の状況
16. 服薬指導の要点
17. 指導した保険薬剤師の氏名



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

「お薬手帳」の記載事項



ア) 患者を同定するための情報

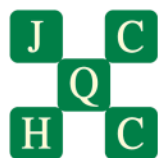
住所、氏名、生年月日、連絡先など

イ) 患者の状況や状態を把握するための患者背景に関する情報

職業、性格、体質、嗜好、生活環境、現病名、既往歴、受診行動など

ウ) 医薬品に関する情報

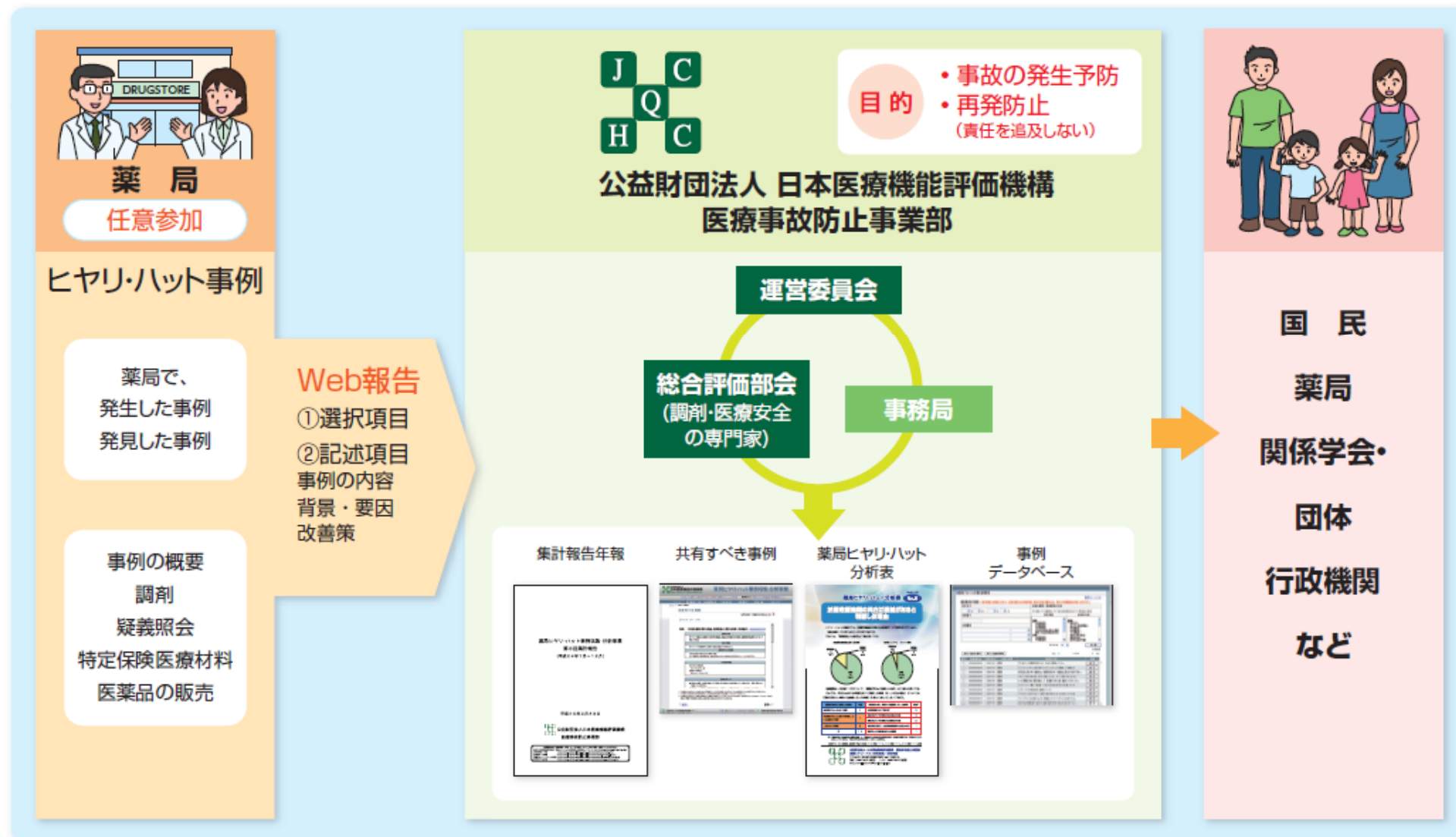
医療用医薬品情報（成分、添加物、含有物、物理化学特性）

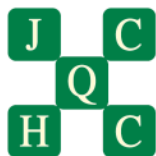


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・ 分析事業



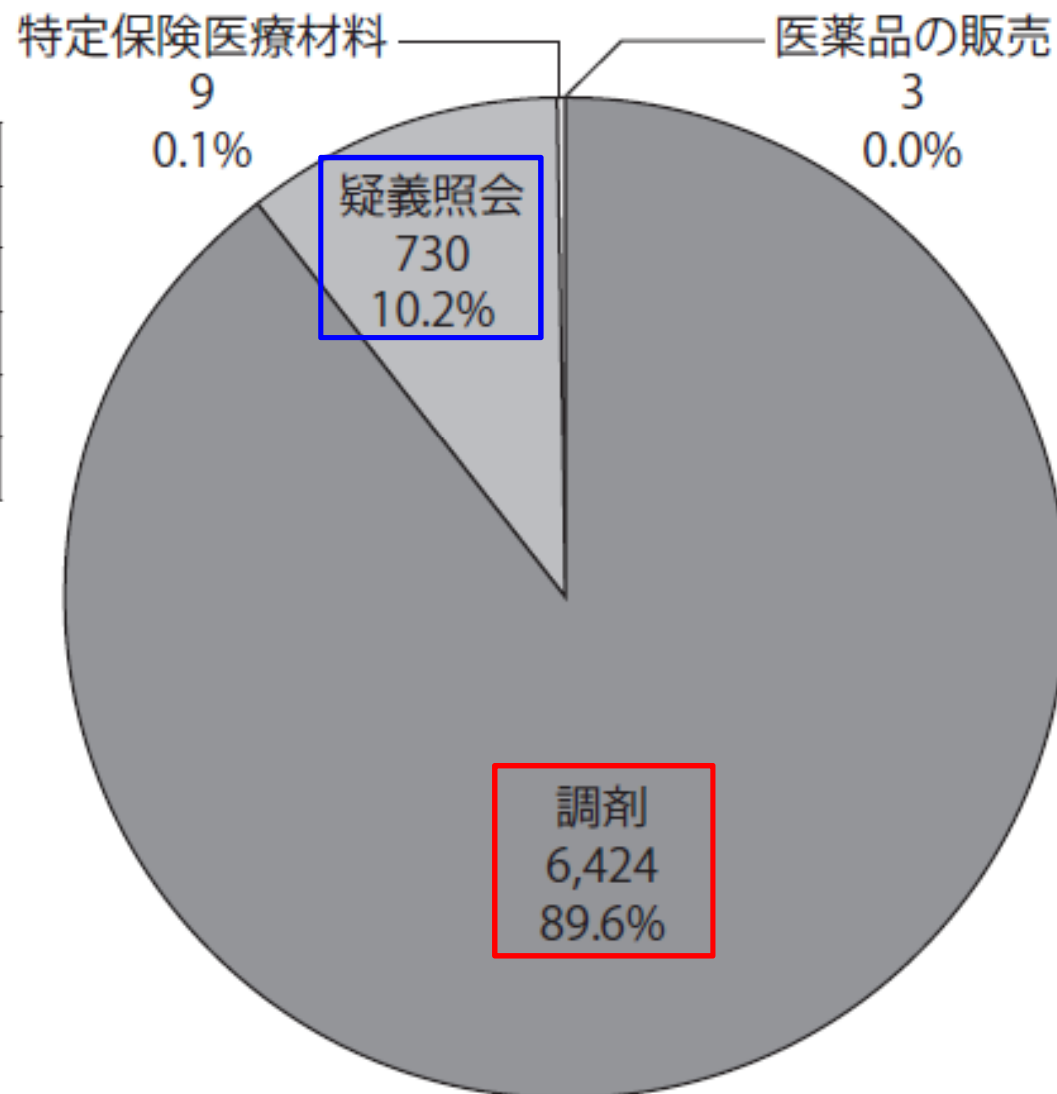


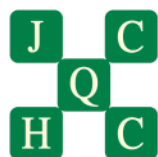
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

事例の概要



事例の概要	件数
調剤	6,424
疑義照会	730
特定保険医療材料	9
医薬品の販売	3
合 計	7,166



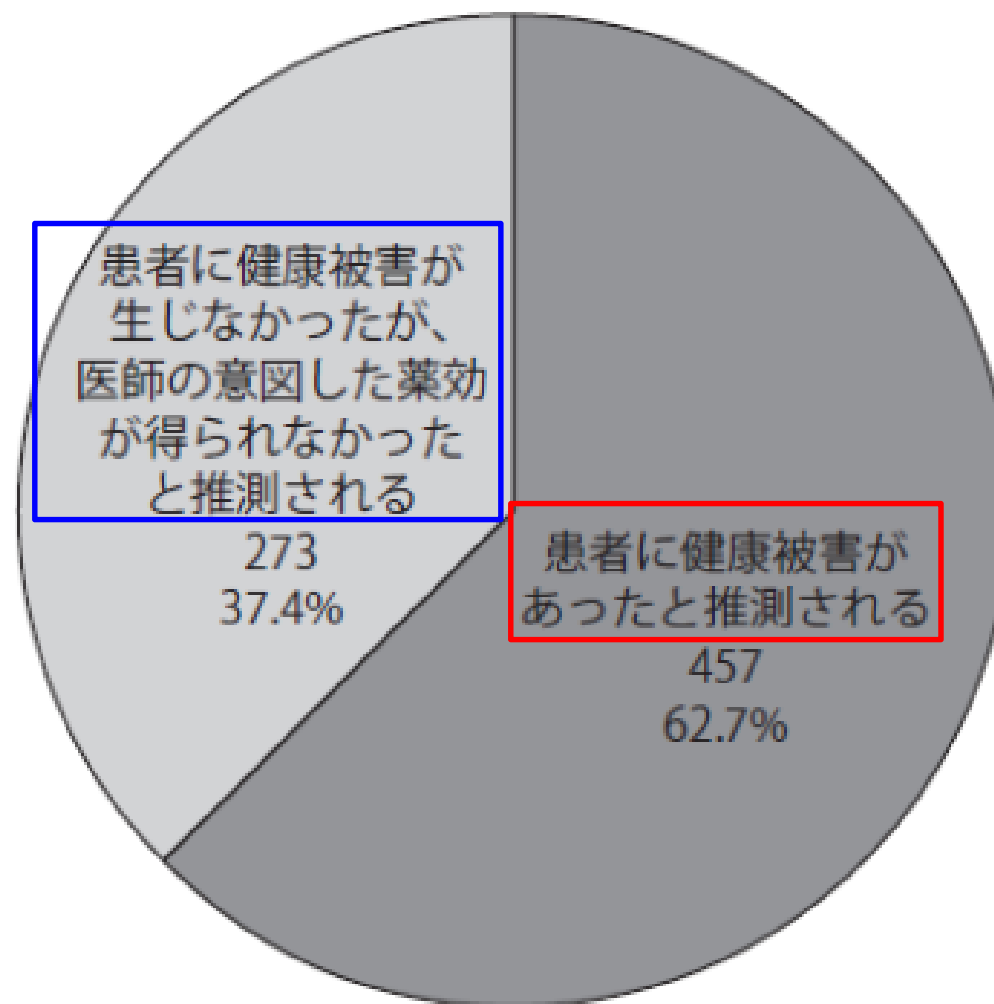


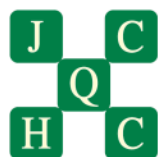
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

疑義があると判断した理由および 変更内容（１）



仮に変更前の処方通りに 服用した場合の影響	件数
患者に健康被害があったと推測 される	457
患者に健康被害が生じなかった が、医師の意図した薬効が得られ なかったと推測される	273
合 計	730



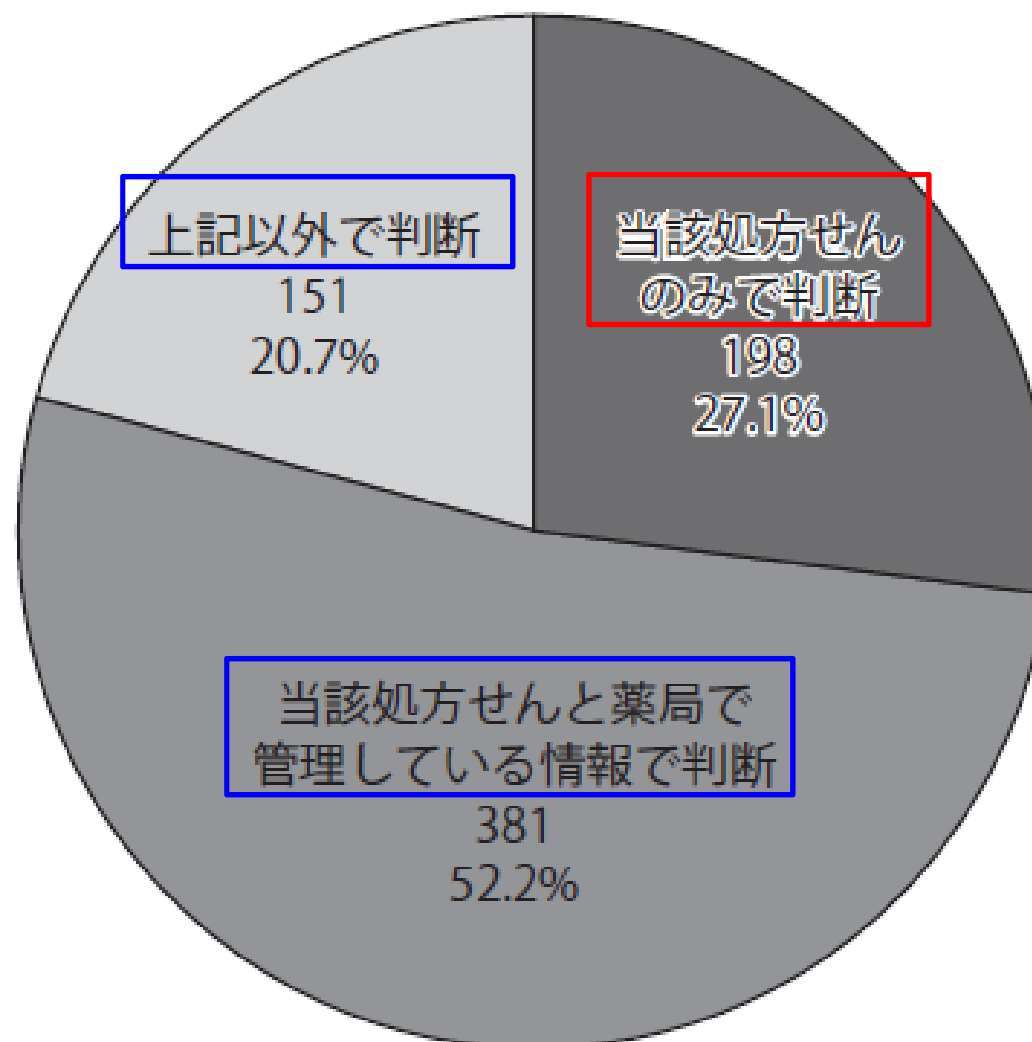


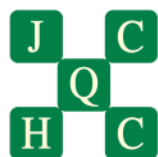
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

疑義があると判断した理由および 変更内容（2）



疑義があると判断した理由	件数
当該処方せんのみで判断	198
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	381
上記以外で判断	151
合 計	730



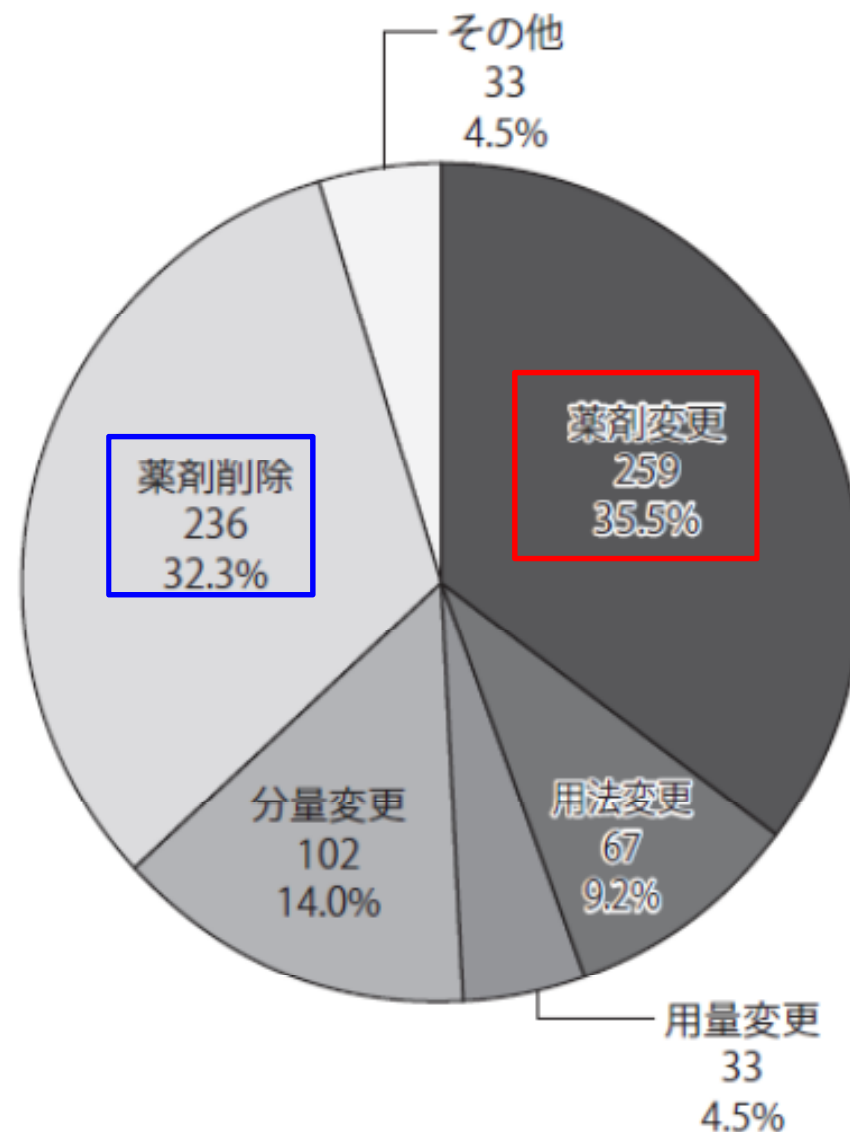


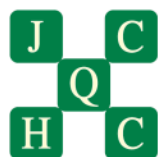
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

疑義があると判断した理由および 変更内容（3）



変更内容	件数
薬剤変更	259
用法変更	67
用量変更	33
分量変更	102
薬剤削除	236
その他	33
合 計	730



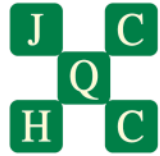


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

「用法変更」の契機となった情報



疑義があると判断する契機となった情報	件数
通常とは異なる用法などを含む処方内容	9
患者が理解している用法と処方内容の相違	4
併用薬	4
薬局で管理している情報と処方内容との相違	3
患者の疾患	2
コンプライアンス	1
処方内容	1
副作用歴	1
合計 ^{注)}	25

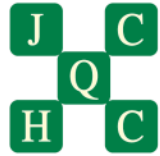


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

「用量変更」の契機となった情報



疑義があると判断する契機となった情報	件数
受診状況	3
残薬	3
処方日数制限	3
通常とは異なる用量などを含む処方内容	2
お薬手帳の内容と処方内容との相違	2
同時処方薬の処方日数	2
患者との会話	1
合計 ^{注)}	16



「薬剤削除」の契機となった情報



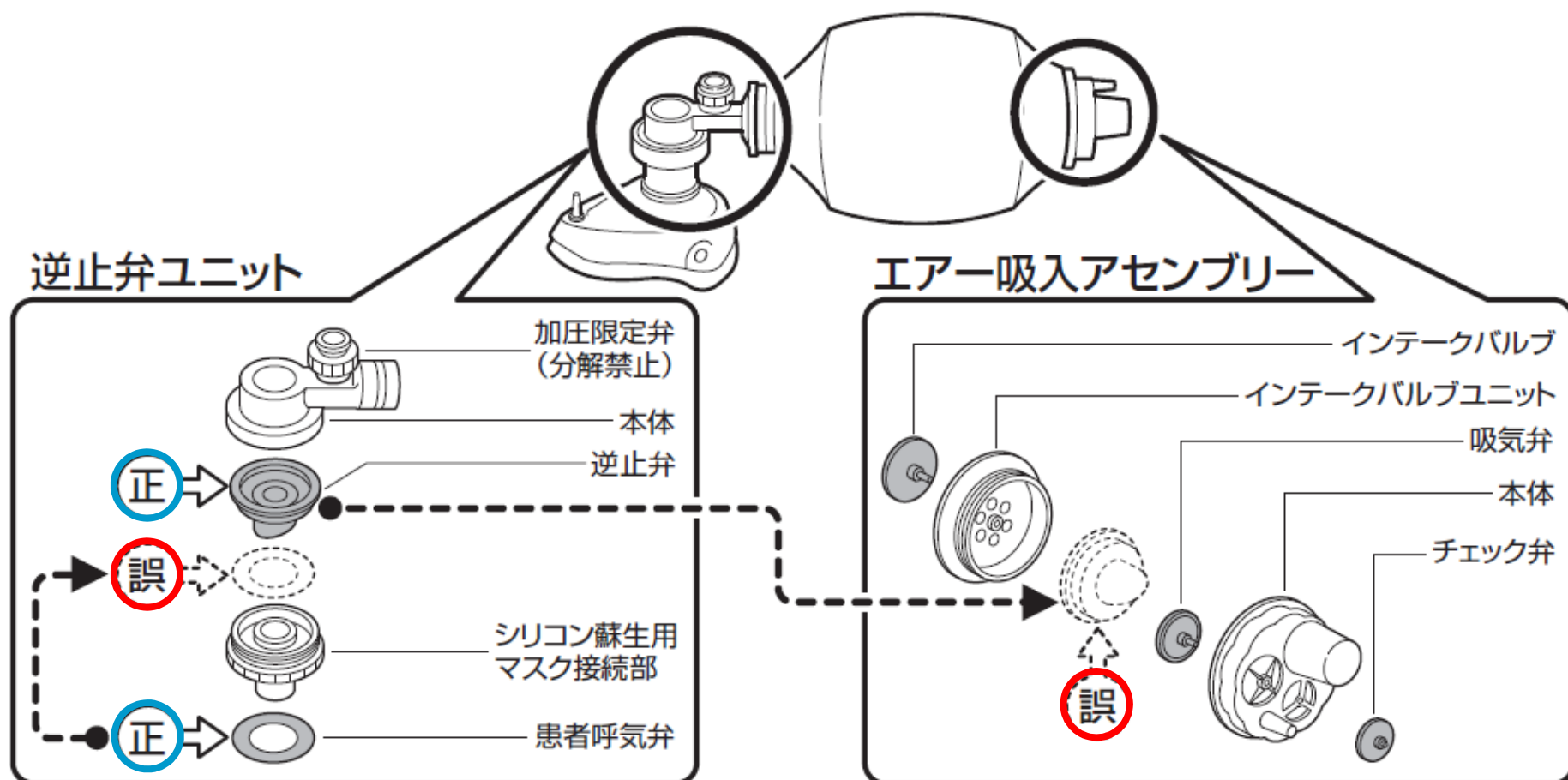
疑義があると判断する契機となった情報	件数
併用薬	80
患者の疾患や併用薬から推測される疾患	9
残薬	9
副作用歴	6
服用再開、または服用中止	4
服用期間	3
処方内容	3
アレルギー	1
処方された医薬品の特徴	1
計	116 ^{注)}



組み立て方を誤った手動式 肺人工蘇生器を使用した事例

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

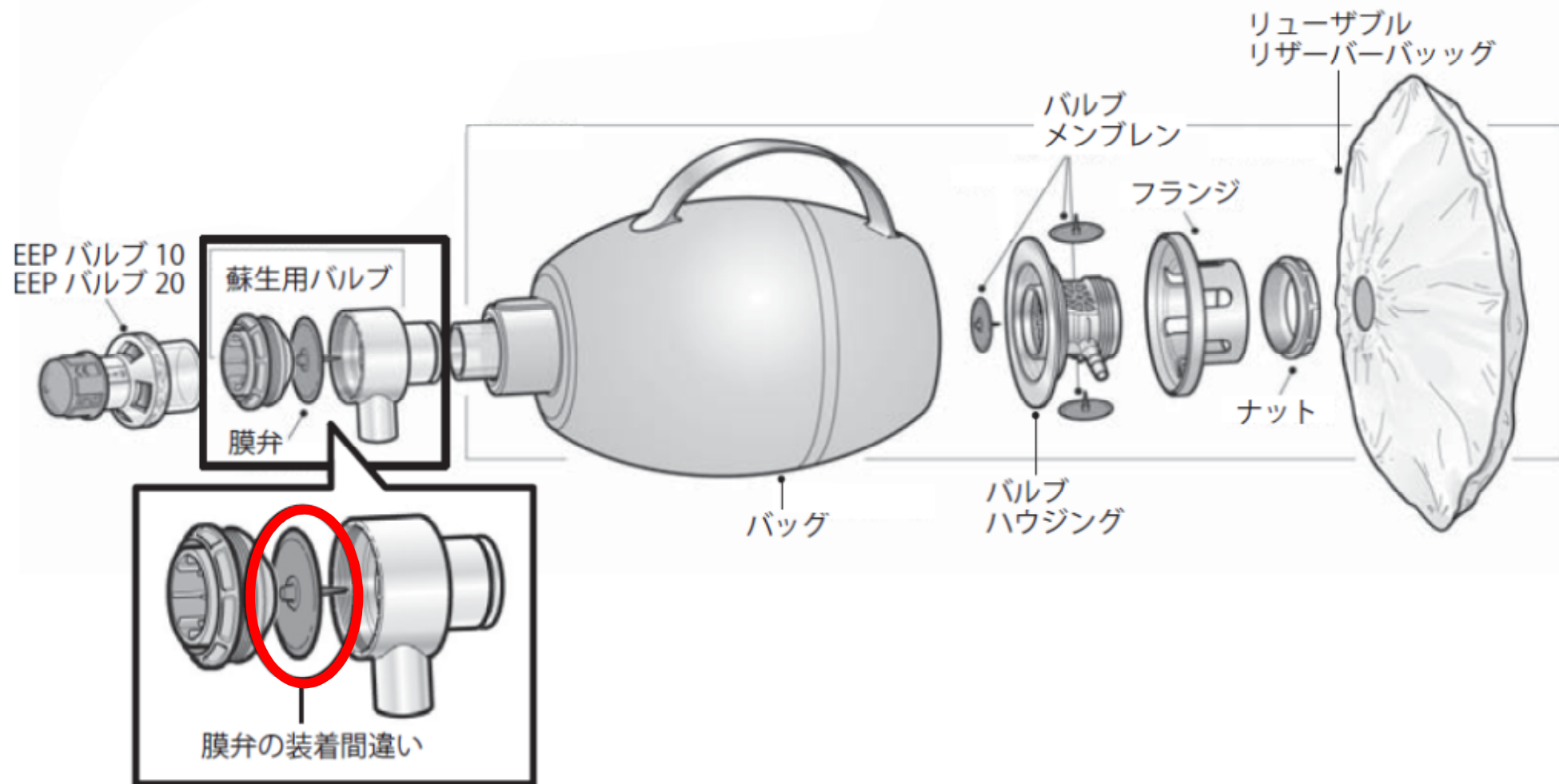
組み立て方を誤った手動式 肺人工蘇生器を使用した事例



①患者呼気弁を本来逆止弁を装着する部分に装着した。

②逆止弁を、本来逆止弁ユニットに装着すべきところ、エアーアセンブリー本体内部に装着した。

組み立て方を誤った手動式 肺人工蘇生器を使用した事例



組み立て方を誤った手動式 肺人工蘇生器を使用した事例

【内容】

- ・ 患者の呼吸状態が悪化したため、**バグバルブマスク**を使用して蘇生を行った。
- ・ 医師は、**特に異常は感じなかったが、胸郭の動きが悪い**ことなどから、途中で別のマスクに交換した。
- ・ 患者の浮腫が強く服を着ていたため、胸郭の動きは「**わからなかった**」というスタッフと「**少しあった**」というスタッフがいた。
- ・ その結果、組み立て方を間違ったマスクを使用したことが原因と考えられる**低酸素脳症**となった。
- ・ 直ちにICU病棟で治療したが、その後死亡。

組み立て方を誤った手動式 肺人工蘇生器を使用した事例



【背景・要因】

- ・ マスクを洗浄して組み立てる際、取扱説明書を十分理解しないまま組み立て、①逆止弁ユニットと、②エアー吸入アセンブリーの2箇所の部品を間違えて組み立てた。
- ・ 組み立て後の動作確認にあたり、院内手順を遵守せず。
- ・ 動作確認を行った看護師は、正しい機能試験手順の知識がなかったため、マスクを加圧して送気できることを確認しただけであった。
- ・ 患者に使用する前の機能試験については院内手順書には記載はなかった。

機能試験（抜粋）

1. インテークバルブ（インテーク／リザーババルブ内）

(1) 片方の手で換気バッグを圧迫します。

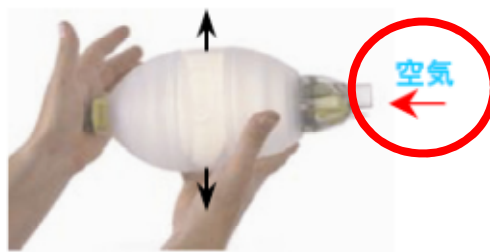
(2) 他方の手でネック開口部を閉鎖します。

(3) 換気バッグを圧迫している手を緩めます。

⇒換気バッグが急速に再膨張する場合



効果的な空気の入れが行われています。



空気の取り
入れの確認

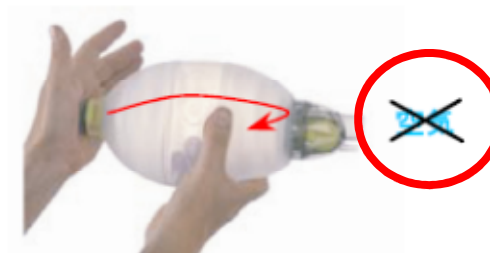
(4) ネック開口部を閉鎖します。

(5) 換気バッグの圧迫を試みます。

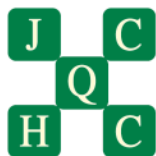
⇒適当な力で換気バッグを圧迫できない場合、あるいは換気バッグを圧迫すると、手とネック開口部の間から空気が流出する場合



インテークバルブが空気の逆方向漏れを効果的に防止しています。



空気の
逆方向漏れ
防止の確認

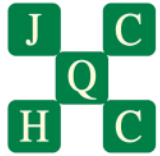


公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

事故の程度



	事故の程度	機器の種類	組み立てを誤った部品	組み立ての誤りに気付かなかった 背景・要因
事例 1	死亡	MM I シリコン 蘇生バッグ	逆止弁ユニット エアー吸入アセンブ リー	- 機能試験の院内手順書はあった - 組み立て後の機能試験は行ったが、 手順を順守しなかった - 患者に使用する前の機能試験は行っ ていない
事例 2	障害残存の可能 性がある（高）	アンプ蘇生バッグ シリコーン製	膜弁	- 機能試験の院内手順書の有無は不明 - 組み立て後に機能試験を行ったかは 不明 - 患者に使用する前の機能試験は行っ ていない

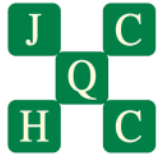


手動式肺人工蘇生器の機能試験について



【事例1】

- 手動式肺人工蘇生器を組み立てた後に機能試験を行っているが、院内手順を遵守していなかった。
- 当該医療機関の手順では、酸素を流した時に、①リザーバーが膨らむ、②バッグを押すと吹出口より送気される、③バッグの加圧を解除するとリザーバーがしぼむ、④しばらくするとリザーバーが膨らむ、である。
- 遵守しなかった要因としては、機能試験を行った看護師は、手動式肺人工蘇生器を含む救急カートの点検を行ったことがなく、正しい点検手順の知識もなかったと報告されている。



手動式肺人工蘇生器の機能試験について



【事例2】

- 組み立て後の機能試験を行ったか否か不明。
- 患者に使用する直前の確認は行っていなかった。
- 職員に対して行った聞き取り調査では、機能試験を行う時期については「組み立て後」「組み立て後と使用直前」「救急カートの確認時」という意見があった。
- また機能試験の方法については、「吹き出し口に手をかざす」「バッグを押して確認する」など、看護師間でばらつきがあり、統一されていなかった。



院内において加工し使用した 医療材料や医療機器に 関連した医療事故

院内において加工し使用した医療材料や 医療機器に関連した医療事故



【内容】

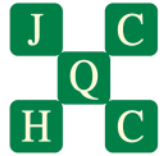
- ・ 開頭血腫除去術後の患者。脳の損傷が著しく、開閉眼のみで、**意志疎通はなかった。**
- ・ 気管切開し、日中は人工鼻を使用していた。
- ・ 看護師は、喀痰量が多いため、夜間のみ「**ハルン**
コップの底をくり抜いてガーゼで被い、輪ゴムで
ガーゼを固定したモノ」を作成し、気管カニューレ
入り口部分を囲むように設置した。
- ・ **プラスチックテープ**を貼り、コップと患者の頸部を
固定していた。

院内において加工し使用した医療材料や 医療機器に関連した医療事故



【内容（続き）】

- ・ 8：20 深夜看護師が訪室した際、**顔色良好**であり、**紙コップ**は患者の頸部にあった。
- ・ 9：00 日勤看護師が訪室した際、**顔面蒼白**、末梢チアノーゼあり**脈拍触知できず**、医師と直ちに心臓マッサージ等を開始した。
- ・ 医師が紙コップに貼ってあった側の**プラスチックテープ**が、**気管カニューレの入り口部にかぶさっている**ことを発見した。
- ・ 紙コップ本体は患者の腹部のあたりにあった。

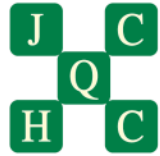


院内において加工し使用した医療材料や 医療機器に関連した医療事故



【背景・要因（続き）】

- ・ 吸気の湿度を保つために、薄いガーゼを輪ゴムで紙コップに固定していたモノを固定していた、**プラスチックテープの一部が、気管カニューレの空気の通り道に被さっていた**ことで、呼吸状態の悪化に影響した可能性があった。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

院内において加工し使用した医療材料や 医療機器に関連した医療事故



No.	加工した医療機器	加工方法	加工後の使用目的	事故の内容
事例1	プラスチック手袋、ガーゼ	手袋の指部分を切り、中にガーゼを詰めた	おしゃぶり	誤飲
事例2	滅菌手袋、ガーゼ	手袋の指部分を切り、中にガーゼなどを詰めた	鼻中隔矯正手術後のゴムタンポン	右主気管支へ脱落
事例3	ハルンコップ	ハルンコップの底をくり抜いて、ガーゼで被い、輪ゴムでガーゼを固定した	気管カニューレカバー (人工鼻の代用)	カバーを固定していたテープが気管カニューレに被さり、気道閉塞
事例4	人工鼻	気管カニューレ接続部にビニールを縫いつけ、中央は空気が入りするように穴を開けるはずが開けなかった	入浴時の気切部分の水の垂れ込み防止	気管切開口の閉塞

院内において加工し使用した医療材料や 医療機器に関連した医療事故

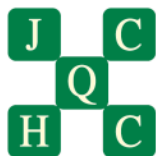


【患者への影響と行った処置】

	患者の症状	行った処置
事例1	心拍数 90 回 / 分の徐脈と S p O ₂ 値の低下	透視下にて、食道入口部にあったおしゃぶりを除去
事例2	S p O ₂ 値 80% 台に低下し、気管内挿管後も陥没呼吸	気管内挿管後気管支鏡にて、右主気管支にゴムタンポン（ゴム内にはガーゼと凝血あり）が確認され、鉗子にて除去
事例3	顔面蒼白、チアノーゼ、脈拍触知できず	プラスチックテープを除去 アンビューバックにて人工呼吸
事例4	チアノーゼが出現、顔色も不良になった	人工鼻を外し酸素吸入

【事故の程度】

障害残存の可能性がある（高い）	1
障害残存の可能性がある（低い）	1
障害なし	2
計	4



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

報告書類・年報



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

事業概要 → 事業要綱(PDF) → 事業のご案内(PDF)

お知らせ

2013.06.27

- 報告書

2013.06.17 **NEW**

- 医療安全情報[No.79]を公開致しました。

2013.05.15

- 医療安全情報[No.78]を公開致しました。

2013.04.15

- 医療安全情報[No.77]を公開致しました。

2013.03.28

- 報告書[第32回報告書]を公開致しました。

報告書類・年報

公開データ検索 →

医療安全情報 →

報告書類・年報 →

分析テーマ →

再発・類似事例の発生状況 →

報告システムログイン →

関連文書 →

参加登録医療機関一覧 →

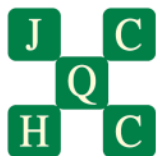
利用ガイド

参加登録

公益財団法人日本医療機能評価機構 HPへ

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

医療事故情報収集等事業



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

報告書類・年報



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

ホーム ③ 要 医療安全情報 報告 ② 検索 医療機関の方 参加登録医療機関一覧 報告システムログイン ① ENGLISH

ホーム > 報告書類・年報

報告書類・年報(本文)検索 → 報告書類・年報(集計表)検索 → 集計表(web公開分) →

分析テーマ → 再発・類似事例の発生状況 →

報告書類・年報 ④ ⑤

■最新の報告書

第33回報告書 (PDF形式)

■最新の年報

平成23年年報 (PDF形式)

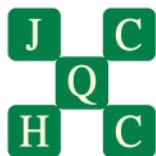
Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information 2011 Annual Report (PDF形式)

■過去の報告書

2012年

第32回報告書 (PDF形式)

報告書・年報
(英訳含む)を
従来どおり掲載



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

③報告書の検索機能（本文検索）



公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

ホーム > 報告書類・年報 > 報告書類・年報検索

報告書類・年報検索 Full Text Search

報告書類・年報の検索を行います。
You can search for "Terms" in Annual and/or Quarterly Report.
PLEASE NOTE: ONLY "Annual Report" is available both in Japanese and English. Quarterly Report is available ONLY in Japanese.

対象 Search: ☐ 年報(Annual Report, Japanese) ☒ 報告書(Quarterly Report, Japanese) ☐ Annual Report, English

範囲 Limits: ☒ 全ての年、回(All Annual and/or Quarterly Reports)

☐ 対象年(Year): [] 年 ~ [] 年 Year - Year
※年報の検索時に対象年を指定してください。Enter "Year" to search for Annual Report.

☐ 対象回(Quarterly Report No.): 第 [] 回 ~ 第 [] 回 No. - No.
※報告書のみ有効です。Enter "No." to search for Quarterly Report.

内容 Terms: 肝炎
※検索文字列は、空白で区切ったAND検索が可能です。
You can enter multiple terms with "space" between them e.g. "insulin drug".
※報告書及び年報内の「図表内の文字」「単位記号」などは検索できません。
Never terms in tables and/or figures nor symbols indicating "UNT" e.g. "mg", "ml" in Annual and/or Quarterly Report can be searched.

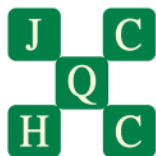
検索 (Search)

9件

対象年月(Year)▼	報告書名(Report Title)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (3ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (5ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (71ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (135ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (136ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (137ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (138ページ目)
2009年10月~2009年12月	第20回報告書 (139ページ目)
2007年4月~2007年6月	第10回報告書 (90ページ目)

- ・ 年報／報告書を選択
- ・ 対象年／対象回を選択
- ・ 検索語を入力

検索結果



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

専用ホームページ



J
C
H
Q
C

公益財団法人
日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

事業概要
→ 事業要綱(PDF) → 事業のご案内(PDF)

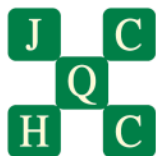
お知らせ
2013.06.27 **NEW**
● 報告書[第33回報告書]を公開致しました。
2013.06.17 **NEW**
● 医療安全情報[No.79]を公開致しました。
2013.05.15
● 医療安全情報[No.78]を公開致しました。
2013.04.15
● 医療安全情報[No.77]を公開致しました。
2013.03.28
● 報告書[第32回報告書]を公開致しました。

分析テーマ

公開データ検索 →
医療安全情報 →
報告書類・年報 →
分析テーマ →
再発・類似事例の発生状況 →

報告システム
ログイン →
関連文書 →
参加登録
医療機関一覧 →
利用ガイド
参加登録

公益財団法人日本医療機能評価機構 HPへ | 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 | 医療事故情報収集等事業



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

④分析テーマ



ホーム 事業概要 医療安全情報 報告書類・年報 参加登録医療機関一覧 関連文書 ENGLISH

ホーム > 報告書類・年報 > 分析テーマ

分析テーマ

■最新の報告書

2013年

第33回報告書 (PDF形式)

血液浄化療法(血液透析、血液透析濾過、血漿交換等)の医療機器に関連した医療事故

血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下(開始、継続、中止、再開等)での観血的医療行為に関連した医療事故

アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例

■過去の報告書

2012年

第32回報告書 (PDF形式)

MRI検査に関連した医療事故

血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下(開始、継続、中止、再開等)での観血的医療行為に関連した医療事故

脳脊髄液ドレナージ回路を一時的に閉鎖(クランプ)したが、適切に開放されなかった事例

院内において加工し使用した医療材料や医療機器に関連した医療事故

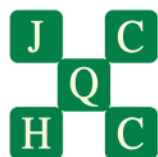
第31回報告書 (PDF形式)

MRI検査に関連した医療事故

テーマ部分のPDFファイル

第34回報告書
分析テーマ

第33回報告書
分析テーマ



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

⑤再発・類似事例の発生状況





公益財団法人
日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

ホーム > 報告書類・年報 > 再発・類似事例の発生状況

再発・類似事例の発生状況

■最新の報告書

2013年

第33回報告書 (PDF形式)

「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報No.9)について

「MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み」(医療安全情報No.10)について

共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」(第13回報告書)について

■過去の報告書

2012年

第32回報告書 (PDF形式)

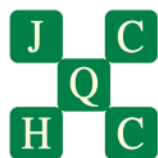
「清拭用タオルによる熱傷」(医療安全情報No.46)について

「併用禁忌の薬剤の投与」(医療安全情報No.61)について

該当ページのPDFファイル

第34回報告書
再発・類似事例の
発生状況

第33回報告書
再発・類似事例の
発生状況



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

事例の検索機能 (医療事故／ヒヤリ・ハット)



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

公開データ検索

事業概要 → 事業要綱(PDF) → 事業のご案内(PDF)

お知らせ

- 2013.06.27 **NEW**
 - 報告書[第33回報告書]を公開致しました。
- 2013.06.17 **NEW**
 - 医療安全情報[No.79]を公開致しました。
- 2013.05.15
 - 医療安全情報[No.78]を公開致しました。
- 2013.04.15
 - 医療安全情報[No.77]を公開致しました。
- 2013.03.28
 - 報告書[第32回報告書]を公開致しました。

報告システムログイン

関連文書

参加登録医療機関一覧

利用ガイド

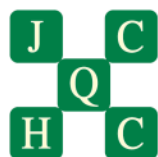
参加登録

再発・類似事例の発生状況

公益財団法人日本医療機能評価機構 HPへ

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

医療事故情報収集等事業



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

事例の検索機能 (医療事故／ヒヤリ・ハット)

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会



JCHC

財団法人
日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

■医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行
■事例内容で検索 ※各項目間はAND検索となります。本選択の場合は全件検索可能。発生年月が非公表のものは、発生年月の
なお、事故事例報告の発生年月は非公表としております。

報告事例区分

発生年月

☒ 事故事例報告 ☐ ヒヤリ・ハット事例報告

全文検索

事例概要

インスリン

全て含む

☒ 薬剤 ☐ 輸血 ☒ 治療・処置
☐ 医療機器等 ☐ ドレーン・チューブ ☐ 検査
☐ 療養上の世話 ☐ その他

表示件数 10 検索

事例は必要に応じ個人情報や医療機関情報の保護に配慮し一部修正することがあります。
なお、公表した事例内容は報告時点のものであり、その後の追加等はい行われません。

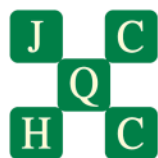
検索結果 (2事例)

事例区分▲	事例ID	発生年月	事例の概要	事例の内容	詳細
事故	A93FC6450DA9577E5		薬剤	ヒューマリンR50単位＋生食49.5mLの指示があった。看護師がインスリン準備をする際に、マイジェクターのシリ...	表示
事故	AD1F5D06BC2A58074		治療・処置	看護師は、患者に自己注射指導中、患者が使用したインスリン注射ペンを片付けるために針をリムーバーに取り、処置室の...	表示

- 医療事故／ヒヤリ・ハットを選択
- 発生年月を入力（ヒヤリ・ハットのみ）
- 事例概要を選択
- 検索語を入力

検索語：インスリン

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2014.02.02(日) 13:15-14:30 平成25年度茨城県医療安全研修会

事例の検索機能 (医療事故／ヒヤリ・ハット)



事例ID	A93FC8430DA9577E3				
発生年	発生月	発生曜日	曜日区分	発生時間帯	
非公開	非公開	土曜日	休日・祝日	14:00～15:59	
区別の実施の有無		事故の発生の程度		事故の程度	
実施あり		軽微な治療		障害なし	
事故の概要		発生場面		事故の内容	
薬剤		本剤静脈点滴		過剰投与	
発生場所(複数回答可)		関連診療科(複数回答可)		患者の数	直前の患者の状態(複数回答可)
病室		内科		入院 1人 70歳代(男)	薬剤の影響下
疾患名					
膵臓がん					
当事者	当事者職種	職種経験	当事者部署配置 期間	直前1週間の 当直・夜勤回数	勤務形態
1人	看護師	0年9ヶ月	0年9ヶ月	1回	2交替
特に報告を求める事例		発見者		薬剤・処置の種類	
本事例は過誤には該当しない		同職種者		抗がん剤	
当事者以外の関連職種(複数回答可)					
看護師					
関連医薬品1					
【販売名】ヒューマリンR注100単位/mL 【製造販売業者】リリー					
事故調査委員会設置の有無				発生要因(複数回答可)	
既設の医療安全に関する委員会等で対応				確認を怠った 知識が不足していた 技術・手段が未熟だった 教育・訓練	
事例概要					
【実施した医療行為の目的】 術後療養					
【事故の内容】 ヒューマリンR30単位+生食49.3mLの指示があった。看護師がインスリン準備をする際に、マイジェクターのシリンジ1本が100単位のところを10単位と思い込んでメモリを1桁少なく読んでしまったためマイジェクターを5本分準備した。看護師はシリンジ1本が10単位と思いこんでいるので、50単位分となるとシリンジ5本分となるため、シリンジを吸う際に確認を依頼するのは大変だろうと思い、5本分吸った後確認依頼しないまま、ヒューマリンR300単位分準備し生食に混注した。シリンジには薬剤師の出し時の薬品ラベルが貼付されていた。開封後、患者に低血糖を認め、持続インスリンの中止やブドウ糖を投与して対応していた。2日後、別の看護師が持続インスリンを交換しようと思い、リーダーにダブルチェックを依頼した。依頼されたリーダーは2日前のヒューマリンR開封時に指示受けた看護師であったため、指示受けた際の組成と内容が違っていることに気付いた。当事者に確認したところ過剰投与であることが分かった。					
【事故の背景要因の概要】 点滴作成時の指示し・声だし確認を怠り、ダブルチェックせずに自己判断で点滴作成を行った。作成時のマイジェクターの単位数を間違えていた。ヒューマリンRをの取り扱ったことがあったが、持続シリンジでのインスリン開封時のダブルチェックの際、手回しで確認を行っていなかった。					
【改善策】 点滴作成時の手順を遵守し、指示し・声だし確認を行い、必ずダブルチェックし指示とインスリンを確認する。					

事例内容
背景・要因
改善策

ファイルのダウンロード機能 (医療事故／ヒヤリ・ハット)



■医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行っています。

■事例内容で検索 正各項目はAND検索となります。本画面の場合は全件検索可能。発生年月が未公開のものは、発生年月の期間検索の対象とはなりません。
なお、事例事例報告の発生年月は未公開としております。

報告事例区分 発生年月

☒ 事故事例報告 ☐ ヒヤリ・ハット事例報告

全文検索 事例概要

インスリン 全て含む ☒ 薬剤 ☐ 輸血 ☐ 治療・処置
☐ 医療機器等 ☐ ドレーン・チューブ ☐ 検査
☐ 療養上の世話 ☐ その他

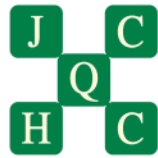
事例は必要に応じ個人情報や医療機関情報の保護に配慮し一部修正することがあります。
なお、公表した事例内容は報告時点のものであり、その後の追加等は行われません。

表示一覧のみ選択 表示一覧選択解除

選択	事例区分▲	事例ID	発生年月	事例の概要	事例の
☐	事故	AB91273B44E048253		薬剤	自分は夜勤のチームであり夕食... 測定を行い、スカールを用いイン...
☐	事故	A93FC6450DA9577E5		薬剤	ヒューマリンR50単位+生食49.5... がインスリン準備をする際に、マ...
☐	事故	A19029FE720C2EDC0		薬剤	看護師Aが夕食前の血糖値を測定し「226mg/dl」であった。 指示の「ボリンR」を4単位施行するため、準備を行...
☐	事故	AC898DB0AB135FA35		薬剤	13時30分冷感出現。血糖測定にて34、再検して63だっ... た。50%TZ 20mlIVして30分後にDK169に...
☐	事故	A2945D3B857E286FF		薬剤	未検から補液をしていた。その中にインシュリンを入れ、正確... に与えるため輸液ポンプ使用。(ハイリスク薬剤はポンプ...
☐	事故	AEB36FA039F7BA8D		薬剤	血液検査を施行。1時間後の血糖値が55まで低下した。5... 0%TZを20ml注射した。2時間後の血糖値は69だった...
☐	事故	A1EB2C5B21D16C88B		薬剤	血糖値100mg/dl以下の時は、インスリン中止の指示であ... ったが、ヒューマリンRを8単位投与してしまった。
☐	事故	A7737QC8E2DD1575		薬剤	午後12時20分頃、昼の固定打ちインスリン(ボリンRフレッ... スベ10単位)使用している患者X氏。部屋担当看護...
☐	事故	A4C9B34986EBD37F2		薬剤	右頸部腫瘍のため当院耳鼻科病棟に入院。内科にコンサル... トし補液開始。「ヒューマリンR50単位 生食50mL」の...
☐	事故	AD9259AF72E4D1AB8		薬剤	1当日朝の採血でカリウムが6.3と高値であったため、カリウム... を低下させる目的でグルコース・インスリン療法を予...

XML出力 PDF出力 CSV出力

CSVファイル形式
のダウンロードが可
能になりました



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報（CSV形式の出力）



事業区分	医療の実施の有無	治療の程度	事故の程度	概要	関連診療科	患者の数	患者の年齢	患者の性別	事故に直接関連する疾患名	発見者	当事者	当事者職種	当事者経験(年数)	当事者経験(月数)	事故の内容	実施した医療行為の目的	事故の内容	発生要因、当事者の行動に関わる要因	事故の背景要因の概要	改善策
事故	実施あり	濃厚な治療	障害発生の可能性が高い(高い)	療養上の世話	内科整形外科	1人	80歳代	女	腰椎圧迫骨折	当事者本人	1人	看護士	30年	9ヶ月	転倒	骨折前は、歩行器を使用しての歩行ができていたが、手術をしないと寝たきりになること、疼痛軽減のために手術が望ましいことと手術についてのリスクを説明し、家族、本人の納得と同意の上、整形外科病院へ転院となった。	患者の看護師を呼ぶ声に訪室するとベッド横に座り込んでいた。痛み、発赤、腫脹、打撲等の症状を確認するも異常なかった。その後のおむつ交換、朝の食事介助時も痛みの訴えなし。その後「足が痛い」と臥床し、徐々に痛みが増強した。レントゲン撮影しレントゲン上右大腿部頭部骨折を確認した。病棟医師より家族へ連絡し転倒について説明、主治医より家族へ、手術は必要であることを説明し、家族の了承を受け、整形外科病院へ転院となった。	報告が遅れた(思った) 判断を誤った	疼痛の歩行困難があり入院時より転倒のリスクは高いとして計画立案実施できていた。リハビリの進行にあわせ、評価・見直しも実施できていたが、看護師に連絡するまで移動することに対し、ベッド横を固定したことで安心し、転倒と主訴発症が不足した。患者が今までベッド横の固定をわけていたことがなかったため看護師は対応できなかった。	転倒・転落アセスメントシートを使用して評価と計画実施していても、患者は看護師の予測できない行動を起こすことがあり、カンファレンス時に臨床センサーや異常検出マツの使用についても過時検討していく。
事故	実施あり	濃厚な治療	障害発生の可能性が高い(高い)	療養上の世話	精神科	1人	60歳代	男	統合失調症	他患者	2人	看護士	1年	10ヶ月	転倒	・精神症状の把握・身体症状の把握・家族への情報提供・再発の防止	朝の体重測定時、記録室出入り口前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラツキ転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=80/60 P=60/分 意識鮮明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診、X-線の結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。	観察を怠った	転倒の原因として現在考えられる事に、血圧変動(低血圧)及び低血糖状態、てんかん発作等が挙げられる。	原因を追究するために、起立時と臥床時の血圧値の変動、血液検査結果から異常値があるかを確認し、てんかん発作状況の観察を行う。原因を明確にし今後の援助計画を立案していく。歩行時にはヘルプや杖、リハビリシューズを必ず履き移動するように観察を行い、ベッド周辺の危険物を除去し安全な環境を設定する。毎朝の体重測定については、飲水傾向を観察し体重変動が少ない場合、測定時間を変更していく必要がある。
事故の内容																1. 再度脳卒中発症で植物状態、人工呼吸器管理、全面介助の患者である。2. 関節の固く・拘縮があり、骨折のリスクがあるため、体位変換・ポジショニングは、理学療法士と相談しながら実施していた。3. 入浴介助は、複数で移動・介助を行っていた。4. おむつ交換は、看護士一人で実施している。5. 経路閉塞の時は、数回圧迫を実施している。6. 拘縮予防のため、リハビリを定期的に実施している。				
患者の看護師を呼ぶ声に訪室するとベッド横に座り込んでいた。痛み、発赤、腫脹、打撲等の症状を確認するも異常なかった。その後のおむつ交換、朝の食事介助時も痛みの訴えなし。その後「足が痛い」と臥床し、徐々に痛みが増強した。レントゲン撮影しレントゲン上右大腿部頭部骨折を確認した。病棟医師より家族へ連絡し転倒について説明、主治医より家族へ、手術は必要であることを説明し、家族の了承を受け、整形外科病院へ転院となった。																1. 患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行して、右大腿部痛を訴えた。2. その後、おむつ交換の際、右大腿部の膨隆認め、医師に診察を依頼した。3. 医師レントゲン撮影の指示あり実施。4. レントゲン撮影の結果、右大腿部骨折と診断された。				
患者がトイレに行くとき1人で手すりにつかまりながら歩いておむつ交換の手を離したときに滑って転んだところを看護士が発見し看護士に知らせた。転倒の際、口唇に傷が全くなかった。右下肢の疼痛を訴えた。口唇の出血は圧迫により止まりベッド上安静で経過観察した。左下肢の疼痛があるため整形外科を依頼した。左大腿骨幹部骨折と診断され整形外科で手術を受けた。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。																1. 患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行して、右大腿部痛を訴えた。2. その後、おむつ交換の際、右大腿部の膨隆認め、医師に診察を依頼した。3. 医師レントゲン撮影の指示あり実施。4. レントゲン撮影の結果、右大腿部骨折と診断された。				
朝の体重測定時、記録室出入り口前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラツキ転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=80/60 P=60/分 意識鮮明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診、X-線の結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。																1. 高齢であったが元来、体を動かすことを好み、趣味に運動していたため「デキアで運動ができた」と言う思いもあり、スポーツプログラムには参加していた。				
開始となり、コルセットを装着して、バランス機能評価のため、前足・側方に手を伸ばすとバランス機能の低下が認められた。翌日、前足の訓練後の変化を確認したところ、前足の訓練により、両足のバランスが改善された。また、前足の訓練により、両足のバランスが改善された。また、前足の訓練により、両足のバランスが改善された。																1. 高年齢であったが元来、体を動かすことを好み、趣味に運動していたため「デキアで運動ができた」と言う思いもあり、スポーツプログラムには参加していた。				
朝の体重測定時、記録室出入り口前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラツキ転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=80/60 P=60/分 意識鮮明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診、X-線の結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。																1. 高年齢であったが元来、体を動かすことを好み、趣味に運動していたため「デキアで運動ができた」と言う思いもあり、スポーツプログラムには参加していた。				
朝の体重測定時、記録室出入り口前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラツキ転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=80/60 P=60/分 意識鮮明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診、X-線の結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。																1. 高年齢であったが元来、体を動かすことを好み、趣味に運動していたため「デキアで運動ができた」と言う思いもあり、スポーツプログラムには参加していた。				

1 件の事例

医療従事者の皆様

アルマール®とアマリール®の 販売名類似による取り違え防止について

2012年1月
大日本住友製薬株式会社

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、「アルマール(一般名：アロチノロール塩酸塩)：高血圧症・狭心症・不整脈治療剤／本態性振戦治療剤」(大日本住友製薬株式会社)および「アマリール(一般名：グリメビド)：経口血糖降下剤」(サノフィ・アベンティス株式会社)につきましては、薬剤取り違えによる死亡を含む医療事故事例やヒヤリ・ハット事例が公表されております。

貴施設におかれましては、以下の取り違え事例をご参考の上、オーダーリングシステムで名称の前に薬効を記載するなどご注意いただき、より一層のご配慮をお願い申し上げます。

なお、弊社は、名称類似に関連した医療事故防止対策の一環として「アルマール錠5／錠10」の販売名を変更するための申請を行いました。

謹白

＜アルマール、アマリール取り違え事例＞

詳細は裏面をご覧ください。

No.	取り違えの内容
1	医師による間違い。カルテにはアルマールと記載したが、処方時にアマリールと入力。入力画面、処方画面に「糖尿病薬」の注意喚起表示があったが確認不足。
2	医師処方間違い。薬局で、患者との確認から疑義照会を行い発見。
3	薬剤師の取り違え。確認を怠った、技術・手技が未熟だったことによる。
4	医師処方間違い。薬局で、患者との確認から疑義照会を行い発見。

公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」
「薬局ヒヤリ・ハット報告事例検索」システムより(2011年10月末時点)

お問い合わせ先 大日本住友製薬株式会社 くすり情報センター TEL 0120-034-389
受付時間／月～金 9：00～18：30(祝・祭日を除く)

＜アルマール、アマリール取り違え事例＞

詳細は下表のとおりです。

No.	施設	内 容
1	病院	【事故の内容】 外来にて新たに高血圧治療薬(アルマール)を処方するところを糖尿病治療薬(アマリール)を処方した。約2ヵ月後の再診日に内服によるめまい症状の訴えがあり、処方確認するとアマリールを処方していた。当日、空腹時血糖121mg/dl、アルマールの投与を開始した。 【事故の背景要因の概要】 カルテには処方：アルマールと記載。通常、アルファベット、カタカナ1文字、2文字、3文字入力で、画面に一覧表が出て、選択表示可能。アルマールの場合は、ア、アル、アルマ、A、AM、AMAです。3文字のアルマを入力し、クリックで直接、処方画面にアマリール(糖尿病薬)と表示される。糖尿病治療薬には薬剤名の後に糖尿病薬と明示されており、入力画面にはアマリール(糖尿病薬)の注意喚起表示がされている。当該事例では選択画面からではなく、医師がカタカナで「アマリール」と入力し、実行キーで「アマリール(糖尿病薬)」と処方に表示された。処方した医師は、腎内分泌内科医師として両薬剤についての知識は十分にあった。類似薬剤について、確認不足であった。腎臓内分泌代謝内科医師の院内処方であり、薬剤の投与量、使用方法など処方内容に疑問がなかったため、薬剤師からの疑義照会はなかった。
2	病院	【事例の内容】 アルマール錠10をアマリール1mg錠で処方されていた。患者との確認で処方ミスを発見した。疑義照会を行い、処方変更となった。 【発生意因】 確認を怠った コンピュータシステム 【背景・要因】 オーダーリングのミス。アルマール錠10は処方頻度の少ない薬であり、誤ったと考えられる。
3	薬局	【事例の内容】 アルマール錠10が処方のところ、アマリール1mg錠を取ってしまった。 【発生意因】 確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練 【背景・要因】 接頭語が類似していた。
4	病院	【事例の内容】 メンタルクリニックの患者に血糖降下剤であるアマリール1mg錠が処方されていたため、患者本人に確認をしたところ、「震えの薬である。」と回答があった。処方医に疑義照会したところ、処方薬はアマリール1mg錠ではなく、アルマール錠5の間違いであることが分かった。 【発生意因】 コンピュータシステム 医薬品 【背景・要因】 メンタルクリニックにおいても血糖降下剤が処方されることはあるが、当該薬を間違えて服用した場合にその影響度が大いいため、必ず患者本人に確認を行っていた。

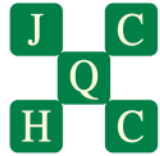
No.1 公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」システムより(2011年10月末時点)
No.2～4 同 機構「薬局ヒヤリ・ハット報告事例検索」システムより(2011年10月末時点)

< アルマール、アマリール取り違い事例 >

詳細は裏面をご覧ください。

No.	取り違いの内容
1	医師による間違い。カルテにはアルマールと記載したが、処方時にアマリールと入力。入力画面、処方画面に「糖尿病薬」の注意喚起表示があったが確認不足。
2	医師処方間違い。薬局で、患者との確認から疑義照会を行い発見。
3	薬剤師の取り違い。確認を怠った、技術・手技が未熟だったことによる。
4	医師処方間違い。薬局で、患者との確認から疑義照会を行い発見。

公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索」
「薬局ヒヤリ・ハット報告事例検索」システムより(2011年10月末時点)



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

本事業の課題



最初の5年間
(2004.10-2009.9)

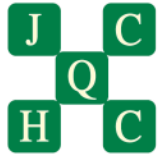
事業への参加
報告件数の増加
報告の質の向上



これからの5年間
(2009.10-2014.9)

事業への参加
報告件数の増加
報告の質の向上

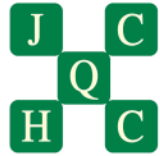
収集事例の活用



ま と め (1)



- 評価機構では、病院の第三者評価や医療事故やヒヤリ・ハットの収集や、産科医療補償制度等により、医療安全の推進に寄与すべく活動しており、年々その役割が大きくなっている。
- 平成16年度に開始した、医療事故情報収集等事業は、これまでに定期報告書35回、年報8回、医療安全情報86回を公表した。現在、2期目（5年間／期）の活動中である。
- 今後は、報告を一層定着させることや、報告の質の向上、効果的な周知、情報の活用等が課題である。



ま と め (2)



- 本日（第1部）は、医療事故情報収集等事業の報告・年報を中心に、具体的な分析テーマについて詳細な事例内容や分析結果を中心に、ホームページの機能と合わせてご説明した。
- 第2部では、医療安全情報のご紹介により、幅広い種類の医療事故をご説明したい。また、わが国初の無過失補償制度である、産科医療補償制度の考え方や実績についてもご説明したい。